

OPAT toestemmingsformulier

Bestemd voor de patiënt of de wettelijke vertegenwoordig(st)er:

Ik, ondergetekende bevestig dat in het kader van OPAT (Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy):

- ik in verstaanbare taal werd ingelicht omtrent alle relevante elementen van deze thuistherapie: doel, aard en duur van de behandeling, de geschatte kostprijs, mogelijke bijwerkingen, contactgegevens bij dringende situaties, de bewaarvoorschriften van de geneesmiddelen, en de verantwoordelijkheden van mij als patiënt.
- ik bereid ben om op afgesproken momenten aanwezig te zijn in het ziekenhuis voor opvolgconsultaties, bloedafnames, verwijderen van katheters enz. Daarnaast kan de arts me op elk moment vragen om naar het ziekenhuis te komen.
- De niet toegediende geneesmiddelen zal terugbrengen naar de ziekenhuisapothek. Ik ben me ervan bewust ben dat geneesmiddelen en materialen enkel teruggebracht worden naar de ziekenhuisapothek ter vernietiging. In geen enkel geval kan er terugbetaling van reeds afgeleverde geneesmiddelen of materialen gebeuren.
- ik op de hoogte ben dat ik op elk moment mijn behandeling in het ziekenhuis kan verder zetten.
- ik akkoord ga met de verzameling, de verwerking en het gebruik van mijn medische gegevens. Mijn medische gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden.

Opgemaakt op / ... / te Zottegem

Handtekening patiënt

Opgemaakt op / ... / te Zottegem

Handtekening arts