

Consentement éclairé

Coordination Qualité Institutionnelle

Étiquette patient	<input type="checkbox"/> Patient
	<input type="checkbox"/> Représentant légal
	<input type="checkbox"/> Personne mandatée

Médecin / Superviseur : (cachet ou nom et prénom)

Service

Je confirme que j'ai été informé(e) des raisons de mon hospitalisation pour un traitement, un examen, une anesthésie ou une intervention chirurgicale.

J'ai reçu les explications concernant le but, les bénéfices, les inconvénients, les complications possibles, et le suivi habituel de ma prise en charge.

J'ai été informé(e) des alternatives au traitement proposé et de leurs risques.

J'ai eu la possibilité de poser des questions et d'expliquer mes craintes et mes besoins.

J'autorise les prestataires de soins à me délivrer les traitements, interventions, examens, soins nécessaires à ma prise en charge.

Sous réserve d'autres dispositions discutées avec le médecin, les soins visant à prolonger la vie par tous les moyens thérapeutiques nécessaires me seront prodigués, le cas échéant. Si je le souhaite, je peux discuter et/ou modifier ce projet de soin avec le personnel soignant qui va m'accueillir.

Handgetekend na het lezen van de Nederlandse versie op de keerzijde.

Signed after reading the English version on the back page.

Nach der Lektüre der deutschen Fassung auf der Rückseite dieses Blattes unterschreiben.

Fait à / Gedaan te / Place / Erstellt in _____, le / op /

date / am _____ / _____ / 20_____.

Signature du patient ou de son représentant
Handtekening van de patiënt of zijn vertegenwoordiger
Patient or representative's signature
Unterschrift des Patienten oder seines Vertreters



Nederlands

Hierbij, bevestig ik dat ik ingelicht werd over de redenen van mijn opname voor een onderzoek, behandeling, anesthesie en/of chirurgische ingreep. Ik heb uitleg gekregen over het doel, de voor- en nadelen, de mogelijke verwickelingen en de gebruikelijke opvolging.

Ik werd ingelicht over alternatieven voor de voorgestelde behandeling en hun risico's.

Ik kreeg de gelegenheid om vragen te stellen en mijn zorgen en noden te bespreken.

Ik geef mijn toestemming aan de zorgverstrekkers om de voor mij vereiste behandelingen, ingrepen, onderzoeken en zorg uit te voeren.

Gelieve dit ondertekende document naar consentements-saintluc@uclouvain.be te sturen of in te dienen op het moment van uw opname.

English

I confirm that I have received information regarding the reasons behind my hospitalisation for an examination, treatment, anaesthesia or surgical intervention.

I received explanations about the aim, benefits, disadvantages, possible complications and the usual follow-up of my care.

I have received information of the possible alternatives to the offered treatment and their risks.

I had the opportunity to ask questions and explain my fears and needs.

I authorise the healthcare providers to give me the treatments, interventions and examinations necessary to my care. This

signed document can be sent to consentements-saintluc@uclouvain.be or submitted upon your admission.

Deutsch

Ich bestätige, dass ich über die Gründe meines Krankenhausaufenthalts zwecks Untersuchung, Behandlung, Anästhesie oder chirurgischen Eingriffs informiert worden bin.

Mir wurden der Zweck, die Vorteile, die Nachteile, die möglichen Komplikationen und die üblichen Folgemaßnahmen meiner Aufnahme erklärt. Ich wurde über Alternativen zu der vorgeschlagenen Behandlung und ihre Risiken aufgeklärt.

Ich bekam die Möglichkeit, Fragen zu stellen und meine Ängste und Bedürfnisse zu äußern.

Ich gestatte den Pflegedienstleistern, die für meine Aufnahme erforderlichen Behandlungen, Eingriffe, Untersuchungen und Pflegeleistungen vorzunehmen.

Dieses unterschriebene Dokument kann an consentements-saintluc@uclouvain.be gesendet oder bei Ihrer Zulassung eingereicht werden.