

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 l'hospitalisation de
..... (nom du patient) 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 sa 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 ainsi que ceux de l'enfant.

J'autorise les prestataires de soins à lui délivrer les traitements, interventions, examens, soins nécessaires à sa 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 lui 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 nous 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_____.

Statut du signataire par rapport à l'enfant (père – mère – tuteur – ...) :

Adresse du représentant légal lorsque celui-ci n'est ni le père ni la mère du patient :

.....
.....
.....
.....
.....

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 de opname van
(naam van de patiënt) 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 en die van het kind te bespreken.

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

Onder voorbehoud van andere met de arts gemaakte afspraken zal hem/haar indien nodig de zorg worden verleend die gericht is op het verlengen van
het leven met alle noodzakelijke therapeutische middelen. Als ik dat wil, kan ik dit zorgplan bespreken en/of aanpassen met het verplegend personeel
dat ons opneemt.

Relatie van de ondertekenaar tot het kind (vader – moeder – voogd):

Adres van de wettelijke vertegenwoordiger indien noch de vader noch de moeder van de patiënt:

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 the hospitalisation
(patient name) for an examination, treatment, anaesthesia or surgical intervention. I received explanations about the aim, benefits, disadvantages, possible
complications and the usual follow-up of the child's care.

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

I had the opportunity to ask questions and explain my fears and needs as well as those of the child.

I authorise the healthcare providers to give the child the treatments, interventions and examinations necessary to his/her care.

Subject to other arrangements discussed with the physician, care aimed at prolonging life by all necessary therapeutic means will be provided to him/her,
when appropriate. If I wish, I can discuss and / or modify this care plan with the nursing staff who will welcome us when admitted.

Status of the signatory in relation to the child (father – mother – guardian - ...):

Address of the legal representative if he/she is neither the father nor the mother of the patient:

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

Deutsch

Ich bestätige, dass ich über die Gründe des Krankenhausaufenthalts von
(Name des Patienten) zwecks Untersuchung, Behandlung, Anästhesie oder chirurgischen Eingriffs informiert wurde. Mir wurden der Zweck, die Vorteile, die
Nachteile, die möglichen Komplikationen und die üblichen Folgemaßnahmen seiner 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 sowie die des Kindes zu äußern.

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

Vorbehaltlich anderer mit dem Arzt besprochener Vereinbarungen wird ihm/ihr bei Bedarf eine Pflege zur Verfügung gestellt, die darauf abzielt, das Leben mit
allen erforderlichen therapeutischen Mitteln zu verlängern. Wenn ich möchte, kann ich diesen Pflegeplan mit dem Pflegepersonal besprechen und / oder ändern,
das uns in Empfang nimmt

Eigenschaft des Unterzeichners:

Adresse des gesetzlichen Vertreters, wenn es sich bei diesem weder um den Vater noch die Mutter des Patienten handelt:

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