

# DOCTORS AT SOAP

## TOESTEMMINGSFORMULIER OOGGLIDCORRECTIE

Met dit toestemmingsformulier verklaar ik alle informatie volledig gelezen te hebben en alles over de voorgestelde procedure volledig begrijp. Ik ben voldoende geïnformeerd over de procedure, inclusief de potentiële voordelen, beperkingen en alternatieve behandelingen en alle vragen en overwegingen zijn naar mijn tevredenheid beantwoord. Ik begrijp dat het resultaat niet is gegarandeerd en ik accepteer de risico's, bijwerkingen en mogelijke complicaties. Tevens verklaar ik dat we hebben gesproken over de aard van mijn gesteldheid en mijn medische voorgeschiedenis volledig en naar waarheid te hebben ingevuld.

Ik stem er mee in om me (desgevraagd) te laten fotograferen. Deze opnamen zijn eigendom van DOCTORS AT SOAP en kunnen worden gebruikt voor publicaties of presentaties. Gebruik hiervan voor promotiedoeleinden is uitgesloten, tenzij ik daarvoor uitdrukkelijk toestemming verleen.

Dit toestemmingsformulier is tevens van kracht voor alle toekomstige behandelingen, totdat ik het gehele formulier of een deel ervan schriftelijk herroep.

Ingreep: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Naam (meisjesnaam): \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_