

Patiëntinformatie nummer		
	Ambulante flebectomie	1
	Sclerocompressie therapie	2
	Duplexgeleide sclerose	3
	Endoveneuze lasertherapie	4
	Biopt	5
	Excisie	6
	Photodynamische Therapie	7a
	Daylight Photodynamische Therapie	7b
	Shave excisie	8
	Laseren schimmelnagels	9
	CO <sub>2</sub> laser	10

Patiëntinformatie nummer		
	Anaal scleroseren	11
	Marissectomie	12
	Zyclara	13
	Bleomycine	14
	Botulinetoxine	15
	Deroofing	16
	Cryotherapie	17
	Duplex	18
	ECAT Plakproef	19
	ICAT Prikproef	20
	Proctoscopie	21
	Anders, namelijk:	--

Deze behandeling vindt plaats op: .....- .....- .....

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en de eventuele risico's en belasting van de behandeling. Ik heb de bijbehorende patiënten informatie voor deze behandeling gelezen en begrepen. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik realiseer mij dat er geen garantie kan worden gegeven over het eindresultaat. Het is mij bekend dat er tijdens de behandeling omstandigheden kunnen zijn die het noodzakelijk maken om een verandering in het behandelplan aan te brengen.

Ik begrijp dat fotomateriaal of bewerking hiervan uitsluitend voor mijn medisch dossier zal worden gebruikt.

Ik stem geheel vrijwillig in met bovengenoemde behandeling.

Wijchen (datum) .....- .....- .....

Naam en handtekening patiënt .....