

**Uw akkoord**

Uw handtekening op dit document bevestigt dat u voor het ondergaan van een

**gastroscopie / coloscopie / bronchoscopie / ERCP**

(schrappen wat niet past)

de nodige informatie heeft ontvangen, zowel schriftelijk als mondeling door het eventueel stellen van bijkomende vragen aan uw behandelende arts.

Door het ondertekenen van dit formulier verklaart u dat u door middel van schriftelijke en mondelinge informatie werd ingelicht over de verschillende aspecten van het onderzoek en de mogelijke verwikkelingen ervan.

U geeft tevens uw toestemming dat het onderzoek mag worden uitgevoerd.

Naam patiënt :

Datum :

Handtekening patiënt :

Wij vragen u dit formulier te ondertekenen, te dateren en af te geven aan het zorgteam op de onderzoeksafdeling. Dit formulier wordt bewaard in uw medisch dossier.