
DR. F. KESTELOOT	DR. B. POLLET
DR. T. GOETHALS	DR. D. THOMA
DR. A. FABRY	DR. J. VERCRUYSEN
DR. S. HEIREMAN	

OOGARTSENCESTRUM ZW- VLAANDEREN

Privaat	Ziekenhuis
Ballingenweg 20	AZ Groeninge
8530 Harelbeke	Pres. Kennedylaan
T.: 056/70.45.30	8500 Kortrijk
www.oogartsencentrum.be	T.: 056/63.35.00

Refractieve Lens Uitwisseling - Toestemmingsformulier (Informed Consent)

Datum: :

Naam:

Geboortedatum:

Inleiding

Deze procedure houdt in dat de natuurlijke lens wordt vervangen door een kunstlens zonder dat er sprake is van cataract. De bedoeling van de operatie is van de afhankelijkheid van optische hulpmiddelen(bril of contactlenzen) te minimaliseren.

Hierbij verklaar ik dat ik voldoende informatie over deze ingreep heb gekregen,meer bepaald over:

- Chirurgische verwickelingen tgv. de lensoperatie zijn te vergelijken met deze van een klassieke cataractoperatie:bloeding,infectie,lenskapselscheur waardoor evt. plaatsing alternatieve kunstlens, netvliesoedeem meestal spontaan genezend....
- Kans op onder- of overcorrectie
- Kans op verminderde kwaliteit van zicht
- Kans op resterende brilcorrectie na operatie
- Mogelijkheid van vermindering van contrast evenals halo's en strooilicht
- Tijdelijke werkongeschiktheid
- Eventuele heringrepen voor optimalisatie van het resultaat
- Mogelijkheid van laattijdige complicaties(netvliesloslating)

Ik verklaar mijn toestemming te geven aan Dr. Frank Kesteloot voor het uitvoeren van een refractieve lensuitwisseling aan R L oog ter correctie van mijn refractieafwijking op &
De kost van de behandeling bedraagt € 3150/oog niet vergoed door de ziekteverzekering. Dit bedrag omvat indien nodig bijkomende behandeling met de excimerlaser voor optimalisatie van het resultaat.

Gelezen en goedgekeurd,

