

GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

ZWANGERSCHAPSAFBREKING NA 14 WEKEN

Ondergetekende patiënt	Patiëntnr.
Voornaam en naam: _____	_____
Geboortedatum: - -	

- ☐ Ik [patiënt] bevestig dat mijn behandelend arts
[naam verantwoordelijke arts] dr. _____
me op [datum] ____ / ____ / ____ heeft ingelicht over
- de problemen met mijn zwangerschap, de prognose op korte en lange termijn en mijn opties.
 - de (para)medische procedures, mogelijke complicaties en alternatieven voor zwangerschapsafbreking.
 - de wettelijk verplichte wachttijd van zes dagen tussen de vraag tot zwangerschapsafbreking en de uitvoering van de zwangerschapsafbreking.
- ☐ Ik bevestig dat ik deze informatie goed heb begrepen en dat het mogelijk was om bijkomende vragen te stellen.
- ☐ Hierbij vraag ik om een zwangerschapsafbreking na 14 weken zwangerschap wegens:
- ☐ en ernstige en ongeneeslijke foetale aandoening.
 - ☐ een ernstige bedreiging van de gezondheid van de moeder.
- ☐ Ik bevestig dat ik deze beslissing neem zonder enige dwang.

Datum: ____ / ____ / ____

Patiënt

Handtekening

Behandelend arts

Naam

Handtekening en stempel