

ORDRE DES CHIRURGIENS DE GENEVE

Docteur Pascal Bucher
Chirurgien FMH

CONSENTEMENT (Interventions chirurgicales)

Je soussigné(e) _____, né(e) le _____ consent librement à ce que le Docteur Pascal Bucher effectue l'intervention chirurgicale suivante sur ma personne :

Je confirme que tant l'intervention décrite ci-dessus que son déroulement, ses chances de succès et ses risques m'ont été expliqués clairement et de façon compréhensible pour moi.

J'autorise mon chirurgien à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème opératoire, y compris à un changement de procédure.

Lors de l'entretien, j'ai pu poser toutes les questions et j'ai reçu toutes les explications que je souhaitais. J'ai en outre été informé des éventuelles alternatives à l'intervention chirurgicale, ainsi que de l'évolution spontanée de la maladie.

J'ai bénéficié du temps nécessaire pour donner mon consentement quant à cette intervention. J'ai également reçu les informations concernant l'étendue de la couverture des frais par mon assurance.

Lieu et date: _____

Signature du patient: _____
ou du représentant légal: _____

Signature du Chirurgien: _____