

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ D'ANESTHÉSIE

À compléter **après** votre consultation avec votre anesthésiste et à remettre à ce dernier ou à l'équipe d'admission le jour de votre hospitalisation.

Date de l'intervention :

Intervention (non détaillée) :

Type d'anesthésie proposé :

Je soussigné(e), (nom, prénom en lettre majuscules)
déclare, après réflexion et lecture attentive des documents d'informations reçus préalablement et après les
informations et explications reçues lors de cet entretien, accepter le type d'anesthésie proposé.

Remarques spécifiques :

☐ Je certifie que j'ai pu poser toutes mes questions et que le médecin anesthésiste a répondu pleinement à ces dernières.

☐ **Facturation** : J'autorise mon médecin-anesthésiste à déléguer le traitement de mes factures et autorise leur transfert électronique au centre de confiance statistique de l'AMGe (Association des Médecins de Genève).
J'autorise également mon médecin à procéder au recouvrement de mes factures par tout moyen utile et toute voie de droit, et le délègue du secret professionnel à cet égard.

Documentation fournie : Brochure « Informations pour l'anesthésie » et accès au site internet

Genève, le Signature du patient* : _____

ou signature du représentant légal* : _____

Signature du médecin anesthésiste : _____

*La signature du patient doit être obtenue, sauf en cas d'urgence ou en cas d'incapacité de discernement.

Ce document doit faire partie du dossier patient.

Une copie peut être remise au patient à sa demande.