

Toestemmingsformulier

voor het nemen van klinische foto's en het gebruik van gegevens in wetenschappelijke publicaties

CENTRUM MEDISCHE GENETICA UZ GENT

PATIËNTGEGEVENS

Vul in of kleef adrema

voornaam en naam _____

geboortedatum _____ / _____ / _____

adres _____

Indien van toepassing: naam van de ouder of voogd of vertegenwoordiger van de patiënt

voornaam en naam _____

adres _____

Ik verklaar hierbij dat ik werd voorgelicht door _____

De onderstaande toestemmingen zijn van toepassing op:

- mezelf
- kind (< 18 jaar) of persoon met verlengde minderjarigheid waarvan ik ouder of voogd ben
- een wilsonbekwame volwassene van wie ik de vertegenwoordiger ben

Ik geef toestemming om **klinische foto's te nemen en te gebruiken** voor volgende doeleinden:

	AKKOORD (paraaf)	NIET AKKOORD (paraaf)
de opleiding van toekomstige artsen, verpleegkundigen en paramedici		
bespreking binnen het genetisch team		
bespreking met andere geneesheer-specialisten		
wetenschappelijke publicaties (zonder dat de persoon herkenbaar is op de foto)		

Ik geef toestemming voor het gebruik van **geanonimiseerde gegevens** van de **gezondheid en het genetisch** onderzoek voor:

	AKKOORD (paraaf)	NIET AKKOORD (paraaf)
wetenschappelijke publicaties		

Vertrouwelijkheid

De artsen, verpleegkundigen en andere paramedici zijn gebonden aan het beroepsgeheim, zodat zij alle informatie met de nodige vertrouwelijkheid zullen behandelen.



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 met betrekking tot de bescherming van de privacy, de Belgische wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) van 25 mei 2018, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens.

Ik ben op de hoogte dat mijn goedkeuring geen kosten met zich meebrengt en ook geen financieel voordeel oplevert.

Ik kan op elk ogenblik verzoeken de foto's te vernietigen en ik kan op elk ogenblik mijn toestemming voor het gebruik van gegevens in wetenschappelijke publicaties intrekken, zonder verklaring af te leggen en zonder dat dit op enigerlei wijze invloed zal hebben op mijn verdere behandeling en relatie met de behandelende arts en hulpverlener.

Door de patiënt of ouder / voogd / vertegenwoordiger van de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Naam patiënt:

Naam ouder, voogd of vertegenwoordiger van patiënt: (of NVT)

Datum: / /

Handtekening patiënt of ouder / voogd / vertegenwoordiger:

Naam zorgverlener:

Datum: / /

Handtekening zorgverlener:

In opdracht van verantwoordelijke arts