

Toestemmingsformulier

Voor het nemen van klinische foto's

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

Voornaam en naam: _____

Adres: _____

**Ik verklaar hierbij dat ik werd voorgelicht door _____
en geef toestemming voor het nemen van klinische foto's bij:**

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

Ik geef toestemming om deze foto's te gebruiken voor volgende doeleinden:

- De opleiding van toekomstige artsen, verpleegkundigen en paramedici
- Bespreking binnen het genetisch team
- Bespreking met andere geneesheer-specialisten

Vertrouwelijkheid

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

In overeenstemming met de wet van 8 december 1992 en de wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd.

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, 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.



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

Door de patiënt, ouder of voogd te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Naam patiënt, ouder of voogd:

Naam zorgverlener:

Datum:

In opdracht van verantwoordelijke arts:

Handtekening patiënt, ouder of voogd:

Datum:

Handtekening zorgverlener:
