

Formulier intrekken toestemming HemoNED register

Voor kinderen van 12 t/m 15 jaar

HemoNED Register: Landelijk register van patiënten met hemofilie en aanverwante aandoeningen.

Ik wil niet meer meedoen aan het HemoNED register.

- 1) Dit betekent dat van mij wel / geen* nieuwe medische gegevens meer mogen worden verzameld voor het HemoNED register.
- 2) Dit betekent dat mijn gegevens in het HemoNED register wel / niet* moeten worden verwijderd.

Ik begrijp dat de medische gegevens die in een onderzoek zijn gebruikt, en voor dat onderzoek geanonimiseerd zijn (zonder mijn persoonsgegevens), niet kunnen worden verwijderd. Ik begrijp dat ik de App niet meer kan gebruiken (indien van toepassing) wanneer ik niet meer meedoe aan het HemoNED register.

*Doorstrepen wat niet van toepassing is.

Naam:	Handtekening
Geboortedatum:	
Datum:	

Je kunt dit formulier inleveren bij of sturen naar jouw dokter. Als je nog vragen hierover hebt, dan kun je contact opnemen met je dokter.

- Ouders/voogd –

Ik geef hiermee te kennen dat ik de deelname van mijn kind aan het HemoNED register (ten dele) intrek.

- 1) Dit betekent dat van mijn kind wel / geen* nieuwe medische gegevens meer mogen worden verzameld voor het HemoNED register.
- 2) Dit betekent dat de gegevens van mijn in het HemoNED register wel / niet* moeten worden verwijderd.

Ik begrijp dat de medische gegevens die in een onderzoek zijn gebruikt, en ten behoeve van het onderzoek zijn geanonimiseerd, niet kunnen worden verwijderd.

Ik begrijp dat ik en mijn kind de App niet meer kunnen gebruiken (indien van toepassing) wanneer ik mijn toestemming voor het HemoNED register intrek.

*Doorhalen wat niet van toepassing is.

Naam ouder1/voogd1:	Handtekening
Geboortedatum:	
Datum:	

Naam ouder2/voogd2:	Handtekening
Geboortedatum:	
Datum:	

U kunt dit formulier inleveren bij of sturen naar de behandelaar van uw kind. Als u nog vragen hierover heeft, dan kunt u contact opnemen met de behandelaar van uw kind.

- Invulstrook voor de behandelaar -

Ik verklaar kennis genomen te hebben van het intrekken van de toestemming door de bovenvermelde patiënt en zoals hierboven omschreven.

Naam:	Handtekening
Functie:	
Plaats:	
Datum:	