

Formulier intrekken toestemming HemoNED register

Voor ouders van kinderen van 0 t/m 11 jaar

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

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 kind 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: | 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: | |