

Formulier intrekken toestemming HemoNED register

Voor volwassenen (≥ 16 jaar)

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

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

- 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 ten behoeve van het onderzoek zijn geanonimiseerd, niet kunnen worden verwijderd.

Ik begrijp dat ik de App niet meer kan 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 uw behandelaar. Als u nog vragen hierover heeft, dan kunt u contact opnemen met uw behandelaar.

- 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:	