

FORMULIER
GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING VAN DE PATIËNT
in het kader van de gegevensinzameling “BelRAI”

Ik, ondergetekende,

.....
verklaar de volgende informatie te hebben gelezen en aanvaard deel te nemen aan de gegevensinzameling in het kader van de BelRAI.

- Ik heb een kopie van dit ondertekende en gedateerde formulier “geïnformeerde toestemming” ontvangen, alsook de informatienota voor de patiënt. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur en de doelstellingen van deze gegevensinzameling in het kader van het project BelRAI. Ik heb de tijd en de gelegenheid gekregen om vragen te stellen over de studie. Op al mijn vragen is bevredigend geantwoord.
- Ik weet dat het gebruik van de gegevens die via de diverse instrumenten van “BelRAI” zullen verzameld en geanalyseerd worden, gebruikt worden om een beter inzicht te krijgen in de zorg die ik nodig heb en om de kwaliteit van mijn zorgverlening te verbeteren. Ik sta de beheerder van mijn gegevens toe om, op basis van mijn identificatienummer van de sociale zekerheid (INSZ), de formulieren in te vullen en mijn gegevens zo nodig te wijzigen.

De persoon die mijn gegevens zal beheren (cliëntbeheerder) is:

.....(naam en functie)

- Ik ben akkoord dat mijn persoonsgegevens die via BelRAI worden verzameld, kunnen worden meegedeeld voor wetenschappelijk onderzoek. Ik ga eveneens akkoord dat mijn persoonsgegevens die via BelRAI worden verzameld kunnen worden gekoppeld aan persoonsgegevens uit andere databanken in het kader van wetenschappelijk onderzoek. Zowel de mededeling van mijn persoonsgegevens als de eventuele koppeling met persoonsgegevens uit andere databanken kunnen evenwel slechts plaatsvinden in het kader voor wetenschappelijk onderzoek na goedkeuring door de Ethische Comit es van de universiteiten of de instellingen die het wetenschappelijk onderzoek uitvoeren en overeenkomstig de modaliteiten vastgelegd in de voorafgaandelijke machtiging van de afdeling gezondheid van het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid.
- Het staat mij vrij om mijn toestemming terug in te trekken, zonder mijn beslissing te moeten verantwoorden en zonder dat dit een nadelige invloed heeft op de zorg die ik nodig heb.

- Ik begrijp dat de geneesheer, de verpleegkundige en de kinesitherapeut toegang hebben tot mijn dossier in BelRAI en dat ze gebonden zijn aan het beroepsgeheim.

De zorgverleners vermeld in onderstaande lijst kunnen eveneens toegang hebben tot bepaalde delen van mijn dossier in BelRAI om de kwaliteit van de verzorging te kunnen verzekeren. Ook zij zijn gebonden aan het beroepsgeheim.

Indien u niet wilt dat bepaalde van onderstaande disciplines toegang hebben tot uw persoonsgegevens, gelieve deze dan aan te kruisen:

- | | | | |
|--|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Gezins hulp | <input type="checkbox"/> | Maatschappelijk werker | <input type="checkbox"/> |
| Zorgkundige | <input type="checkbox"/> | Logopedist | <input type="checkbox"/> |
| Diëtist | <input type="checkbox"/> | Podoloog | <input type="checkbox"/> |
| Ergotherapeut | <input type="checkbox"/> | Psycholoog | <input type="checkbox"/> |
| Orthopedagoog | <input type="checkbox"/> | Gerontoloog | <input type="checkbox"/> |
| Opvoedkundige | <input type="checkbox"/> | | |
| Persoon met diploma readaptatiewetenschappen | <input type="checkbox"/> | | |
| Persoon met diploma psychomotoriek | <input type="checkbox"/> | | |
| Persoon met diploma psychomotrische therapie | <input type="checkbox"/> | | |
| Persoon met diploma in gezinswetenschappen | <input type="checkbox"/> | | |

- Door dit document te ondertekenen, sta ik toe dat mijn gegevens worden geraadpleegd in overeenstemming met de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens en de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

Handtekening van de oudere of zijn vertegenwoordiger
Datum (dag/maand/jaar)

Ik bevestig dat ik de aard, het doel en de doelstellingen van de gegevensinzameling aan de oudere of zijn vertegenwoordiger heb uitgelegd.
Handtekening van de persoon die de informatie verstrekt
Datum (dag/maand/jaar)

Naam in hoofdletters van de persoon die de informatie verstrekt