

STICHTING OPSPORING ERFELIJKE TUMOREN

Poortgebouw Zuid
Rijnsburgerweg 10
2333 AA LEIDEN

Tel. StOET algemeen: 071 526 19 55
Tel. FAMMM: 071 526 10 23
Website: www.stoet.nl

E-mail FAMMM: fammm@stoet.nl
Zorgmail FAMMM: h.vanranderad@zorgmail.nl

TOESTEMMINGSVERKLARING

Familienaam:
FAMMM ID-nr:

Hierbij verklaart ondergetekende:

Voornamen (voluit)

Achternaam

Roepnaam

Geboortedatum

Geslacht m / v* (*doorhalen wat niet van toepassing is)

toestemming te geven voor het opvragen van persoonlijke, medische en DNA-gegevens bij medische instanties en Klinisch Genetische Centra, en voor het verwerken van deze gegevens in de registratie van de Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren.

toestemming te geven voor het gebruik van geanonimiseerde data uit deze registratie voor wetenschappelijk onderzoek.

Hij/zij behoudt het recht

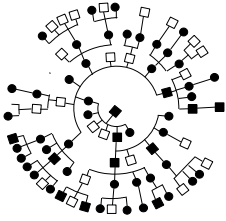
- geen toestemming te geven voor opname van zijn/haar gegevens in de registratie;
- inzage te krijgen in de over hem/haar opgenomen gegevens;
- onjuiste gegevens aan te laten passen
- op zijn/haar persoon betrekking hebbende gegevens te laten vernietigen.

Hij/zij is ervan op de hoogte, dat er een functionaris voor de gegevens bescherming is aangesteld, alwaar klachten e.d. met betrekking tot de registratie van gegevens gedeponereerd kunnen worden.

Contactadres van de Functionaris Gegevensbescherming: Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren, Poortgebouw Zuid, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden. E-mailadres: privacy@stoet.nl

Handtekening:..... Datum:.....

(indien minderjarig, handtekening ouder of verzorger.)



STICHTING OPSPORING ERFELIJKE TUMOREN

Poortgebouw Zuid
Rijnsburgerweg 10
2333 AA LEIDEN

Tel. StOET algemeen: 071 526 19 55
Tel. FAMMM: 071 526 10 23
Website: www.stoet.nl

E-mail FAMMM: famm@stoet.nl
Zorgmail FAMMM: h.vanranderad@zorgmail.nl

Naam **huisarts**:

Praktijkadres huisarts:.....Postcode:.....Plaats:.....

Telefoonnummer huisarts:.....

Email huisarts:.....

Naam **chirurg**

Naam ziekenhuis

Adres ziekenhuis.....Postcode:.....Plaats:.....

Geopereerd vanwege

Operatiedatum

Naam behandelend **specialist** (Dermatoloog).....

Naam ziekenhuis:

Adres ziekenhuis:.....Postcode:.....Plaats:.....

Laatste controledatum:

Volgende controle:.....

DNA-onderzoek verricht ja/nee* (*doorhalen wat niet van toepassing is)

Naam Klinisch Genetisch Centrum.....

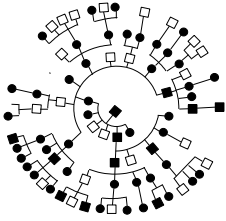
Plaats.....

Datum onderzoek:.....

(Indien minderjarig, handtekening ouder of verzorger)

Handtekening:..... Datum:.....

(indien minderjarig, handtekening ouder of verzorger.)



STICHTING OPSPORING ERFELIJKE TUMOREN

Poortgebouw Zuid
Rijnsburgerweg 10
2333 AA LEIDEN

Tel. StOET algemeen: 071 526 19 55
Tel. FAMMM: 071 526 10 23
Website: www.stoet.nl

E-mail FAMMM: famm@stoet.nl
Zorgmail FAMMM: h.vanranderad@zorgmail.nl

Wilt u zo vriendelijk zijn ook deze gegevens in te vullen:

Naam.....

Adres.....

Postcode en woonplaats.....

Telefoonnummer (privé).....

Telefoonnummer mobiel.....

E-mailadres.....:

Handtekening:..... Datum:.....

(indien minderjarig, handtekening ouder of verzorger.)