

STICHTING OPSPORING ERFELIJKE TUMOREN

Poortgebouw Zuid
Rijnsburgerweg 10
2333 AA Leiden

Tel. StOET algemeen: 071 – 526 19 55
Tel. FAP: 071 526 1023
Website: www.stoet.nl

E-mail FAP: FAP@stoet.nl
Zorgmail FAP: am.vanveen@zorgmail.nl

TOESTEMMINGSVERKLARING

Familienaam:

FAP ID-nr: *(in te vullen door StOET medewerker)*

Hierbij verklaart ondergetekende:

Voornamen (voluit)

Achternaam

Roepnaam

Geboortedatum

Geslacht m / v* (a.u.b. 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.

toestemming te geven voor het koppelen van de gegevens aan de Nederlandse Kanker Registratie/PALGA teneinde de data compleet te maken.

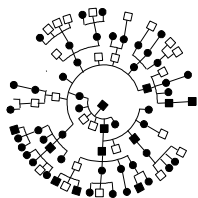
Hij/zij behoudt het recht:

- geen toestemming te geven voor het 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 gegevensbescherming 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. FAP: 071 526 1023
Website: www.stoet.nl

E-mail FAP: FAP@stoet.nl
Zorgmail FAP: am.vanveen@zorgmail.nl

Naam huisarts:

Praktijkadres

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

Telefoonnummer huisarts:.....

Email:.....

Naam chirurg

Naam ziekenhuis

Adres

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

Geopereerd vanwege

Operatiedatum

Naam behandelend specialist (MDL-arts)

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.....

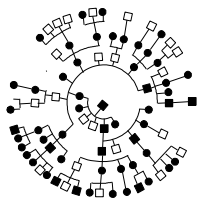
Datum onderzoek:.....

Handtekening..... **Datum**.....

(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. FAP: 071 526 1023
Website: www.stoet.nl

E-mail FAP: FAP@stoet.nl
Zorgmail FAP: am.vanveen@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.)