**Aanmeldingsformulier QRNS ten behoeve van nieuwe gebruikers**

**Toestemming**

Door het invullen van dit formulier gaat u ermee akkoord dat uw gegevens uitsluitend worden gebruikt voor toegang tot het portaal van de QRNS alsmede voor opname in een intern registratiesysteem ten behoeve van eventuele communicatiedoeleinden.

**Ziekenhuis**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam** | **Eventueel locatie** |
|  |  |

**Contactpersoon/personen**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Naam** | **Voornaam of voorletters** | **m/v** | **E-mail adres \*** | **Account**  **patiënten invoeren \*\*** | **Account**  **rapportages bekijken \*\*** | **Ziektebeeld(en) \*\*\*** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |

\* verplicht vanuit een ziekenhuisdomein  
\*\* als u beide mogelijkheden wilt, graag beide kolommen aankruisen

\*\*\* graag invullen voor welk(e) ziektebeeld(en) u patiënten gaat invoeren: SAB, Glioblastoom, Hypofyse, Liquor Drain, Lumbale Wervelkolom, Deep Brain Stimulation (DBS)

Dit formulier graag invullen (bij voorkeur op de computer) en retourneren aan:

Per mail: [servicedesk-qrns@sivz.nl](mailto:servicedesk-qrns@sivz.nl)