**Toestemmingsformulier patiënt/wettelijk vertegenwoordiger voor QRNS-kwaliteitsregistratie**

Ik heb:

* de bijgevoegde patiënten informatiebrief gelezen,
* de betreffende registratie besproken met de arts,
* de gelegenheid gehad om vragen te stellen, en
* goed begrepen wat de registratie en het daaraan verbonden onderzoek inhoudt.

Ik begrijp dat deelname aan deze registratie vrijwillig is en dat ik mij op elk moment, zonder opgave van reden, terug kan trekken uit deze registratie. Deelname of het stopzetten van deelname heeft geen enkele invloed op de verdere behandeling die ik van mijn arts(-en) zal ontvangen.

Ik begrijp dat de informatie die ik verstrek, zal worden verwerkt en geanalyseerd op de wijze die nodig is voor het doel van deze registratie (kwaliteitsverbetering van de neurochirurgische zorg) en

in overeenstemming is met de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) en de wettelijke regels over bescherming van persoonsgegevens.

Ik geef toestemming voor het opslaan van mijn gepseudonimiseerde en geanonimiseerde medische gegevens, die alleen inzichtelijk zijn voor personen rechtstreeks betrokken bij deze registratie. Die personen hebben een geheimhoudingsplicht. Indien aanvullend onderzoek zal plaatsvinden, zal ik hiervoor opnieuw om toestemming worden gevraagd. Ik begrijp dat ik voor toestemming hiertoe in de toekomst benaderd kan worden.

Ik verklaar deel te willen nemen aan deze registratie en het daaraan verbonden onderzoek. Het ondertekenen van dit formulier heeft geen gevolgen voor mijn wettelijke rechten.

Ik geef toestemming tot inzage in mijn relevante medische gegevens door medewerkers van autoriteiten die belast zijn met de controle van medisch onderzoek, op voorwaarde dat zij mijn naam geheim houden.

Ik verklaar akkoord te zijn met gebruik van mijn anoniem gemaakte gegevens ten behoeve van het opmaken van een algemeen jaarrapport dat tevens beschikbaar kan worden gesteld aan organisaties die een taak hebben op het gebied van kwaliteitsverbetering van de zorg.

Naam patiënt: ………………………………………………………………

Geslacht: M / V

Geboortedatum: …… - ……. - ……………. (dag-maand-jaar)

E-mail adres ……………………………………………………………

Naam wettelijk vertegenwoordiger (indien van toepassing): ……………………………………………………….

Handtekening: ………………………………………………………………

Datum: …… - ……. - ……………. (dag-maand-jaar)

Ik heb de inhoud en het doel van deze registratie uitgelegd aan bovenstaande patiënt.

Hij/zij begrijpt de informatie en is in de gelegenheid gesteld vragen te stellen.

Naam neurochirurg: ………………………………………………………………

Naam ziekenhuis: ………………………………………………………………

Handtekening: ………………………………………………………………

Datum: …… - ……. - ……………. (dag-maand-jaar)