

Bezwaarformulier

Dit formulier kunt u invullen en opsturen als u **geen** toestemming geeft voor het gebruik van restmateriaal en geanonimiseerde medische gegevens in het kader *kwaliteitscontrole, onderwijs en wetenschappelijk onderzoek*.

Als u *wel* toestemming geeft, hoeft u niets te doen.

- Ik heb bezwaar tegen het gebruik van mijn resterend lichaamsmateriaal voor wetenschappelijk onderzoek, kwaliteitscontrole en onderwijs.
- Ik heb bezwaar tegen het gebruik van mijn medische gegevens voor wetenschappelijk onderzoek, kwaliteitscontrole en onderwijs.
- Ik wil niet geïnformeerd worden over toevallsbevindingen, ook niet als deze van direct belang zijn voor mijn gezondheid of die van mijn familieleden. (Uw lichaamsmateriaal wordt dan niet gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek of onderwijs.)

Ondergetekende:

Naam, voorletter(s) _____

Geboortedatum _____

Postcode, huisnummer _____

Vult u dit formulier in namens een patiënt die dit zelf niet kan invullen? Schrijf dan op wat uw relatie is tot deze patiënt.

Relatie tot patiënt: _____

Plaats: _____ Datum: _____

Ongefrankeerd versturen naar:
IJsselland Ziekenhuis
T.a.v. Functionaris Gegevensbescherming
Antwoordnummer 75
2900 VB Capelle aan den IJssel