**Toestemmingsformulier patiënt voor MS-kwaliteitsregistratie**

Dit formulier wordt als hardcopy bewaard in uw medisch dossier of digitaal als bijlage in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) van de desbetreffende zorginstelling waar u in behandeling bent.

Ik heb:

* de bijgevoegde patiënten informatiebrief gelezen,
* de betreffende registratie is besproken met de arts,
* ik heb 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 verklaar deel te willen nemen aan deze registratie en het daaraan verbonden wetenschappelijk onderzoek en daarmee akkoord te gaan met de registratie van mijn (medische) persoonsgegevens. Het ondertekenen van dit formulier heeft geen gevolgen voor mijn wettelijke rechten, zoals het intrekken van mijn toestemming, het inzien van mijn geregistreerde gegevens en het corrigeren hiervan.

Ik geef toestemming voor het verwerken van mijn persoonsgegevens, inclusief mijn medische gegevens, inhoudend dat mijn gegevens worden geregistreerd en geanalyseerd ten behoeve van het verbeteren van de behandeling van MS-patiënten. Ik geef toestemming om mijn gecodeerde gegevens te delen met onderzoeks-partners in het binnen- en buitenland.

Mijn gegevens worden, behoudens de uitzonderingen genoemd in de informatiebrief, gecodeerd en zijn alleen inzichtelijk voor personen rechtstreeks betrokken bij deze registratie. Die personen hebben een geheimhoudingsplicht. Indien aanvullend wetenschappelijk onderzoek, buiten aan de registratie verbonden wetenschappelijk onderzoek, zal plaatsvinden, zal ik hiervoor opnieuw om toestemming worden gevraagd. Ik begrijp dat ik voor toestemming hiertoe in de toekomst benaderd kan worden.

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

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

E-mail adres: ………………………………………………………………..

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 neuroloog: ………………………………………………………………

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

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

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