

TOESTEMMING VOOR DE BEKWAME, MEERDERJARIGE PATIËNT EN VOOR DE MINDERJARIGE PATIËNT DIE TOT EEN REDELIJKE BEOORDELING VAN ZIJN BELANGEN IN STAAT KAN WORDEN GEACHT
--

Gelieve in onderstaand formulier elk element waarvoor u toestemming geeft aan te vinken. Enkel op die manier wordt een geldige toestemming bekomen. Wees u er echter ook van bewust dat u de keuze heeft om geen toestemming te geven of om enkel voor bepaalde delen toestemming te geven.

1.
 Met dit formulier geef ik, ondergetekende,
 (Naam en voornaam).....
 (Straat en nummer).....
 (Postcode en gemeente).....
 vrij, specifiek, geïnformeerd en ondubbelzinnig toestemming aan
PAJOZORG Thuisverpleging, E. Eylenboschstraat 61, 1703 Schepdaal,
 en derhalve ook aan Mederi om mijn persoonsgegevens¹ te verwerken².

2.
 De thuisverpleegkundige is de verantwoordelijke voor de verwerking van mijn persoonsgegevens. Ik kan hem/haar contacteren door het versturen van een e-mailbericht aan **info@pajozorg.be** of een brief gericht aan **PAJOZORG Thuisverpleging, E. Eylenboschstraat 61, 1703 Schepdaal.**

3.
 Ik bevestig dat ik deze toestemming tot verwerking van mijn persoonsgegevens geef in het kader van het gezondheids- of welzijnsbeleid, meer bepaald:
 opdat mijn zorgcontinuïteit zou worden gegarandeerd en
 opdat mijn zorg op een kwaliteitsvolle manier zou worden verschaft.

Wanneer mijn persoonsgegevens verwerkt zouden worden voor andere doeleinden dan die waarvoor de persoonsgegevens aanvankelijk zijn verzameld, word ik hiervan op de hoogte gebracht vóór het uitvoeren van elke verwerking.

4.
 Ik geef toestemming voor de verwerking van volgende categorieën van persoonsgegevens:
 Identificatiegegevens (naam en voornaam, adres, telefoonnummer)
 Identificatiegegevens van contactpersonen (naam en voornaam, adres, telefoonnummer)
 Gegevens betreffende de gezondheid³
 Lichamelijke gezondheid
 Psychologische gezondheid
 Risicosituaties en -gedragingen
 Genetische gegevens
 Gegevens met betrekking tot de zorg

5.
 Ik geef toestemming voor volgende categorieën van ontvangers van de gegevensverwerkingen:
 Ik heb reeds mijn geïnformeerde toestemming gegeven voor het delen van mijn medische informatie onder zorgverstrekkers met wie ik een therapeutische relatie heb.. Indien ik deze geïnformeerde toestemming nog niet gegeven had, bevestig ik bij deze dat ik mijn geïnformeerde toestemming geef voor het delen van mijn

¹ Met ‘persoonsgegevens’ wordt bedoeld alle informatie over een geïdentificeerde of identificeerbare natuurlijke persoon (de ‘betrokkene’ genoemd). De betrokkene is identificeerbaar wanneer deze direct of indirect kan worden geïdentificeerd aan de hand van gegevens zoals een naam, een adres, een telefoonnummer, een e-mailadres, een bankrekeningnummer... en/of aan de hand van een of meer elementen die kenmerkend zijn voor de fysieke, fysiologische, genetische, psychische, economische, culturele of sociale identiteit van die natuurlijke persoon.

² Met ‘verwerking’ wordt bedoeld het verzamelen, vastleggen, ordenen, structureren, opslaan, bijwerken of wijzigen, opvragen, raadplegen, gebruiken, verstrekken door middel van doorzending, verspreiden of op andere wijze ter beschikking stellen, aligneren of combineren, afschermen, wissen of vernietigen van gegevens.

³ Conform artikel 9, 1) en 2) van de Algemene verordening gegevensbescherming.

medische informatie onder zorgverstrekkers met wie ik een therapeutische relatie heb. meer info op www.patientconsent.be

- Ik ga akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens voor raadpleging door Mederi nv en Mederi vzw, met zetels te 9300 AALST, Drie Sleutelsstraat 74.
- Ik ga akkoord dat de desgevallend door mij aangeduide vertrouwenspersoon het recht heeft tot kennisname van mijn gegevens en sta de gegevensuitwisseling met deze persoon, die tot geheimhouding gehouden is, toe.
- Ik geef mijn toestemming om mijn medische gegevens geanonimiseerd ter beschikking te stellen voor onderzoek.
- Ik geef toestemming om ook de niet medische gegevens te delen met andere zorgverstrekkers waarmee ik een therapeutische relatie heb

6.

Ik ben geïnformeerd omtrent mijn recht op inzage en verwijdering van mijn persoonsgegevens, verbetering bij onjuistheden ervan, beperking van de verwerking van mijn persoonsgegevens, intrekking van mijn toestemming en overdracht van de gegevens aan een andere verwerker. Ook ben ik op de hoogte van mijn recht tot het indienen van een bezwaar op de verwerking van mijn persoonsgegevens.⁴

De verwerkingsverantwoordelijke zal binnen een termijn van één maand reageren op bovenstaande verzoeken, al dan niet mits aanrekenen van een administratieve vergoeding. Deze termijn kan worden verlengd met twee maanden indien noodzakelijk.

Bij klachten met betrekking tot de gegevensverwerking kan ik mij steeds wenden tot de verwerker zelf of de toezichthoudende autoriteit.

7.

Mijn persoonsgegevens worden bewaard gedurende de termijn die nodig is voor het leveren van de door de verwerker aangeboden diensten en gedurende 20 jaar na het verstrekken van de laatste dienst, gelet op de wettelijke verplichtingen aangaande aansprakelijkheid.

8.

Ik geef de toestemming aan bovenvermelde praktijk om voortaan de bewijsstukken voor verpleegkundige verstrekkingen via eBox door te sturen.

De nodige veiligheidsmaatregelen worden getroffen om mijn persoonsgegevens te beschermen tegen vernietiging, verlies, vervalsing, wijziging zonder toestemming, niet-toegestane verwerking, ongeoorloofde toegang of kennisgeving per vergissing aan derden.

Ik bevestig dat ik geïnformeerd ben omtrent het privacy beleid:

- door het raadplegen van de website www.pajozorg.be waarop dit beleid werd gepubliceerd en/of
- door de ontvangst van een informatiebrochure.

Datum	Handtekening ondergetekende
----------------	--------------------------------------

⁴ Conform artikelen 12 en verder van de Algemene verordening gegevensbescherming.