

Chiropractisch Neurologisch Centrum, Nijmegen, NL

Betreft: Toestemming voor behandeling, uw informatie houden, en met andere zorgverleners te bespreken.

De gezondheidsdienst in Nederland eist van iedere patiënt schriftelijke toestemming voor aanvang van onderzoek, behandeling, en gegevens verzameling.

Uw gegevens (op computer en in uw dossier) zullen gehouden en opgeslagen volgen de **Wet op Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) en Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)**.

Uw toestemming is nodig om:

- 1) uw informatie/gegevens te verzamelen en te bewaren. Alle informatie over uw zaak wordt nooit gedeeld zonder uw schriftelijke toestemming. De gegevens worden niet bewaard op het internet.
- 2) uw zaak met uw huisarts en andere relevante zorgverleners te bespreken.

U heeft het recht om geïnformeerd te worden over mogelijke bijwerkingen van elk type onderzoek of behandeling in het Chiropractisch Neurologisch Centrum, net zoals in het ziekenhuis. Daarom is het noodzakelijk dat u het formulier "Geïnformeerde toestemming: Chiropractie" (informed consent) leest, en ondertekend dat u het gelezen hebben.

TOESTEMMINGSVERKLARING voor Chiropractisch Neurologisch Centrum, J.P. Crotty

- 1) Ik heb het formulier, Geïnformeerde toestemming: Chiropractie, gelezen en ga akkoord met een lichamelijk onderzoek en de nodige testen en behandelingen die worden uitgevoerd in het Chiropractisch Neurologisch Centrum. Ik geef J.P. Crotty van het Chiropractisch Neurologisch Centrum toestemming voor het aangaan van afspraken voor onderzoeken en behandelingen. Ik begrijp dat alle behandelingen/testen zullen worden besproken voordat ze worden uitgevoerd. Mijn toestemming is essentieel voor elke test of therapie die op mij wordt uitgevoerd.
- 2) Ik geef aan J. P. Crotty, directeur van het Chiropractisch Neurologisch Centrum, toestemming om gegevens over mij te verwerken en op te slaan.
- 3) Ik geef toestemming voor contact en bespreken over mijn gezondheid situatie/casus met huisarts en andere indien dit nodig is.

Huisarts/chiropractoren/andere artsen: _____

Therapeuten/anderen: _____

Ik heb het formulier, Geïnformeerde toestemming: Chiropractie, gelezen, en ik ben akkoord met 1-3 boven:

Naam _____ Gebortedatum _____

Datum:

Plaats:

Handtekening: