

Akkoordverklaring ten behoeve van therapeutische bloedafname

Ondergetekende,		
Naam		
Voorletter(s)		
Geboortedatum		Man / Vrouw*
Adres		
Postcode en woonplaats		

*Doorhalen wat niet van toepassing is

- Is op de hoogte van de informatie over hemochromatose op www.sanquin.nl/producten-diensten/unit-transfusiegeneeskunde/hemochromatose/patient-algemeen/ en is in de gelegenheid geweest om vragen te stellen.
- Gaat ermee akkoord dat de bloedbank bloed afneemt op voorschrift van de behandelend arts ten behoeve van de behandeling van primaire hemochromatose.
- Gaat ermee akkoord gekeurd en getest te worden en geïnformeerd te worden als er afwijkingen worden geconstateerd die gevolgen hebben voor zijn/haar gezondheid, conform de voorschriften van Sanquin.
- Is ervan op de hoogte dat het afgenomen bloed niet gebruikt wordt voor transfusie aan andere mensen.
- Gaat er wel / niet* mee akkoord dat het afgenomen bloed kan worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek, standaarden en controles in laboratoria.
- Is ervan op de hoogte dat Sanquin niet verantwoordelijk is voor het beoogde therapeutische succes van de behandeling.

Datum	Handtekening patiënt
Datum	Handtekening arts Sanquin

Wilt u dit formulier s.v.p. bij uw eerste keuring meebrengen