**CONTACTGEGEVENS DONOR CENTER**

*Adres donor center:*

*Naam en voornaam geneesheer:*

**GEGEVENS DONOR**

*Naam en voornaam donor:*

*Geboortedatum: Bloedgroep (indien gekend):*

*Rijksregisternummer/ Identiteitskaartnummer: Etniciteit:*

*Volledig adres donor:*

*Contactgegevens donor:*

*Tel. thuis: Tel. werk:*

*Gsm:*

*E-mail:*

Uw handtekening onderaan betekent dat u dit document gelezen hebt, gelieve hieronder ook voor alle stellingen aan te duiden of u al dan niet akkoord gaat.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ik ben nog steeds kandidaat om vrijwillig stamcellen te donoren en geregistreerd te blijven in het beenmergregister. | JA | NEEN |
| Ik heb de informatie begrepen en heb een afdoend antwoord gekregen op mijn vragen. | JA | NEEN |
| Ik ben bereid om extra bloedstalen te laten afnemen in het kader van een vrijwillige stamceldonatie. De aangevraagde testen worden bepaald door het transplant centrum van de ontvanger. | JA | NEEN |
| Ik weet dat de typering confidentieel behandeld zal worden. | JA | NEEN |
| Deze toestemmingsverklaring wordt vrijwillig, geïnformeerd en bewust gegeven. | JA | NEEN |
| Ik vul samen met de arts een medische vragenlijst in om mijn lichamelijke geschiktheid als donor opnieuw te bepalen. | JA | NEEN |
| Ik bevestig dat alle informatie in de toestemmingsverklaring bij de inschrijving in het register van vrijwillige niet-familiale stamceldonoren ongewijzigd is:   * Indien neen: toelichting:   ……………………………………………………………………………… | JA | NEEN |

Daarnaast erkent u via dit document dat u kennis hebt genomen van het gegevensbeleid van toepassing op de verwerking van uw persoonsgegevens in het kader van uw donatie van stamcellen uit het bloed of beenmerg en dat u weet dat uw persoonsgegevens op gecodeerde wijze worden doorgegeven aan de World Marrow Donor Association en andere buitenlandse centra actief in het kader van stamceltransplantaties. U kan hieronder tevens uw voorkeuren m.b.t. de verwerking van uw persoonsgegevens doorgeven.

Ik wens **niet** uitgenodigd te worden voor bijkomend wetenschappelijk onderzoek of innovatieve geneeskundige doeleinden zoals regeneratieve geneeskunde & immunotherapie.

Ik wens **niet** opgeroepen te worden voor de donatie van bloed, bloedplaatjes en/of plasma welke nodig zou kunnen zijn voor de behandeling van een specifieke patiënt.

Hierbij verklaar ik dit document te hebben gelezen en voldoende uitleg te hebben ontvangen:

Ik heb een kopie van de algemene donor informatiebrief, m.i.v. het gegevensbeleid, ontvangen en heb kennis genomen van de inhoud ervan.

Ik heb een kopie van de informatiebrief over donor onkosten en anonieme communicatie ontvangen.

Ik heb een kopie van deze toestemmingsverklaring ontvangen.

|  |  |
| --- | --- |
| *Naam en voornaam van de* ***donor****:* | |
| *Handtekening:* | *Plaats:*  *Datum:* |

Hierbij verklaar ik dat:

de identiteit van de donor werd geverifieerd.

|  |  |
| --- | --- |
| *Naam en voornaam van de* ***geneesheer****:* | |
| *Handtekening:* | *Plaats:*  *Datum:* |

Ingevuld in 2 originele exemplaren:

* 1 voor de kandidaat donor zelf
* 1 voor het dossier