**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