

# Toestemmingsformulier behandeling in het Fontys Centre of Health and Movement

Het Fontys Centre of Health and Movement (FCHM) is een leeromgeving voor studenten van Fontys. Studenten worden hier opgeleid om als zorgprofessional te werken in *de echte praktijk*. In het FCHM bootsen we deze praktijk na door *echte cliënten* te behandelen op dezelfde manier zoals dat in *de echte praktijk* ook gebeurt.

De studenten werken altijd onder begeleiding van een gekwalificeerde zorgprofessional en je mag van ons dezelfde kwaliteit dienstverlening verwachten als je gewend bent buiten Fontys.

Omdat het FCHM een leeromgeving is, zijn er ook een aantal verschillen. Lees deze goed en zorgvuldig door.

- Ik weet dat in het FCHM behandelingen altijd ten dienste staan van het onderwijs.
  - Ik weet dat studenten meekijken en/of actief deelnemen aan mijn behandeling.
  - Ik weet dat mijn behandeling (of een deel ervan) kan worden opgenomen. Dit kan in beeld en/of geluid of direct live gestreamd vanuit de behandelplek naar een groep studenten die een les volgen.
  - Ik weet dat mijn (medische) gegevens worden opgeslagen in een Elektronisch Patiënten Dossier en kunnen worden gebruikt ten behoeve van onderzoek. Het verwerken van mijn gegevens gebeurt volgens voorschriften van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).
  - Ik weet dat als de behandeling te complex of te intensief is, ik zal worden doorverwezen naar een eigen behandelaar (bijv. de huisarts). Het FCHM draagt hierbij zorg voor een goede overdracht van mijn verhaal, mijn behandeling in het FCHM en mijn medische gegevens. Dit gebeurt alleen met toestemming van mij.
  - Ik heb de kans gekregen vragen te stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord.
  - Ik ben tevreden over de informatie die ik heb gekregen over het FCHM en mijn behandeling. Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ik heb er goed over kunnen nadenken of ik wil meedoen. En ik heb daar voldoende tijd voor gehad.
  - Ik weet dat ik op elk moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daar hoeft ik geen reden voor op te geven.
- Ik verklaar dat ik de klachtenregeling en de privacystatement van het FCHM heb ontvangen.

Ik geef toestemming voor de behandeling en om mijn gegevens te gebruiken op de manier die hierboven staat beschreven:

Naam deelnemer: .....

Geboortedatum: .....

Handtekening: .....

Datum: .....