



Sarah: 0494 205 268

Bernadette: 0495 228 373

PRIVACYVERKLARING VOOR DE PATIËNT

Thuisverplegingsteam Vieren en de met deze organisatie verbonden zorg- en verpleegkundigen u met dit formulier te informeren betreffende de verwerking van uw persoonsgegevens in het kader van uw verzorging door onze groep van zorg- en verpleegkundigen en deze te delen en uit te wisselen met de personen en organisaties die bij uw verzorging betrokken zijn.

Thuisverplegingsteam Vieren zal uw persoonsgegevens verwerken om:

- te voldoen aan de wettelijke verplichtingen inzake het verpleegdossier, vervat in de nomenclatuur van de thuisverpleging en de nationale overeenkomst W/97 tussen verpleegkundigen en verzekeringsinstellingen;
- de prestaties van uw thuisverpleegkundige te kunnen aanrekenen via MyCareNet bij derdebetalersregeling of aan uzelf indien de prestaties daarbuiten vallen;
- medisch-administratieve documenten te versturen en om de verzekerbareheid te controleren via MyCareNet;
- u de nodige zorg te kunnen verstrekken en de kwaliteit ervan te bewaken;
- de overeenkomst met u te kunnen uitvoeren;
- te kunnen bemiddelen bij aangebrachte klachten;
- om in geval van ernstige bedreiging van uw gezondheid, adequaat te kunnen handelen.

De verwerking gebeurt enkel:

- op basis van een wettelijke verplichting;
- omdat dit noodzakelijk is voor bv. het verstrekken van de gezondheidszorg of sociale diensten of behandelingen zoals voorzien door de geldende privacywetgeving;
- voor de uitvoering van de overeenkomst met u;
- of wanneer u hiervoor toestemming heeft gegeven (zie verder). U kan uw toestemming op elk moment intrekken indien u dit zou wensen.

Om deze doeleinden te realiseren, zal Thuisverplegingsteam Vieren de volgende gegevens verwerken:

- identificatiegegevens, waaronder uw rijksregisternummer;
- identificatiegegevens van de contactpersonen en/of mantelzorgers die – indien vereist – met uw akkoord in de zorg worden betrokken;
- de verleende verstrekkingen en het voorschrift van de arts, indien vereist;
- de evaluatieschaal m.b.t. de zorgbehoefte van de patiënt;
- de gegevens m.b.t. planning & evaluatie van de verzorging, met de frequentie voorgeschreven door de nomenclatuur;
- de specifieke gegevens die de nomenclatuur voor de thuisverpleging vereist bij bepaalde types verzorging (bijv. wondzorgdossier, verstrekkingen i.v.m. diabetes);
- de contacten met de bij de zorg betrokken arts(en);
- de toeleiding – met uw akkoord indien vereist - naar andere diensten, bijv. een dienst gezinszorg.

Om de doeleinden omschreven in dit formulier te bereiken, zullen de volgende personen en/of diensten, die bij uw verzorging betrokken zijn, toegang hebben tot uw persoonsgegevens:

- de verpleegkundigen en zorgkundigen aangesloten bij Thuisverplegingsteam Vieren;
- uw huisarts;
- uw mantelzorg, indien u daartoe specifiek uw akkoord geeft;
- in geval van opname, het ziekenhuis of woonzorgcentrum waar u heen zou gaan;
- de medewerkers van de vzw ZorgConnect, met wie Thuisverplegingsteam Vieren een werkersovereenkomst heeft gesloten, die instaan voor de facturatie van de zorgprestaties en de administratieve en technische ondersteuning van de verpleeg- en zorgkundigen van [naam van de praktijk].

Uw persoonsgegevens worden in het kader van de verwerking met de nodige zorg en vertrouwelijkheid behandeld. Uw gegevens worden niet buiten de EER verwerkt.

Uw persoonsgegevens zullen steeds verwerkt worden onder de verantwoordelijkheid van Thuisverplegingsteam Vieren, met telefoonnummer 0494205268 en met e-mailadres sarah.vieren@hotmail.com praktijkcoördinator Sarah Vieren.

U heeft in het kader van de verwerking van persoonsgegevens en binnen de grenzen zoals voorzien in de wetgeving, onder meer het recht:

- om uw persoonsgegevens kosteloos in te zien;
- om in voorkomend geval alle onjuiste en/of onvolledige persoonsgegevens die op uzelf betrekking hebben, kosteloos te laten verbeteren;
- om een kopie van uw persoonsgegevens te verkrijgen;
- om te vragen om uw persoonsgegevens te wissen of niet verder te verwerken.

U kan hiervoor een dergelijk verzoek of ev. bijkomende vragen richten tot de praktijkcoördinator van Thuisverplegingsteam Vieren, via sarah.vieren@hotmail.com e-mailadres praktijk(coördinator)] of 0494205268 of via brief gericht aan Thuisverplegingsteam Vieren Westbroekstraat 116, 8650 Merkem.

Uw persoonsgegevens zullen in elk geval niet langer bewaard worden dan nodig is voor de doeleinden omschreven in dit document. Wij zijn evenwel wettelijk verplicht om de in het verpleegdossier wettelijk vereiste gegevens m.b.t. de verzorging minimaal 30 jaar en maximaal 50 jaar te bewaren.

Indien u zou menen dat Thuisverplegingsteam Vieren uw persoonsgegevens niet rechtmatig en volgens de wettelijke vereisten verwerkt, dan heeft u ook steeds het recht om klacht in te dienen bij de praktijkcoördinator op bovenstaande gegevens of bij de Gegevensbeschermingsautoriteit (<https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be>).

Graag vragen wij u om dit formulier ter kennisname te ondertekenen. Indien wij bepaalde hieronder vermelde gegevens verder mogen verwerken, vragen wij u dit eveneens voor akkoord te ondertekenen.

Handleiding opvragen bewijsstuk via e-portaal

Je gaat naar volgende website: <http://patient.easix.be>

Je krijgt dan volgend inlogscherf:

[Patienten-portaal / Accès patient](#)

Easix



[Inloggen met EID / Accès par EID](#)

Je sluit je kaartlezer aan en je steekt je eID-kaart in de kaartlezer en klikt op '**inloggen met EID**'

Daarna krijg je onderstaand scherm waarbij je je PIN-CODE moet ingeven.

eID Identity Provider

eID Authenticatie

Volg de instructies hieronder om aan te melden met je eID.

Authenticeren...

Details >>

Geef de PIN code in

PIN code:

OK Annuleren

Je krijgt dan een overzicht van de bewijsstukken per maand. Door op het bestand te klikken opent zich het document.

Periode	Type	Bestand / Fichier
2015-11	Bewijsstuk/Justificatif	201511-Bulteel-Eis.pdf
2015-10	Bewijsstuk/Justificatif	201510-Bulteel-Eis.pdf
2015-09	Bewijsstuk/Justificatif	201509-Bulteel-Eis.pdf

TOESTEMMINGSFORMULIER

Ik, ondergetekende,

Voornaam/naam:

Geboortedatum:

Adres:

Tel/GSM:

E-mail:

- ☐ Handelend in eigen naam
- ☐ Handelend in naam van patiënt met
[enkel bij een wilsonbekwame betrokkene volgens art 14 § 1 van de wet van 22.08.2002]

Voornaam/naam:

Geboortedatum:

Adres:
.....

In zijn / haar hoedanigheid van:.....

[in te vullen: "ouder(s)" of "voogd" voor minderjarigen / "bewindvoerder" voor meerderjarigen]

- ☐ Verklaar kennis te hebben genomen van de privacyverklaring van de praktijk en hiervan kopie te hebben ontvangen;
- ☐ Ben akkoord dat mijn gegevens kunnen worden doorgegeven aan andere zorgverstrekkers voor de doeleinden beschreven in de privacyverklaring
- ☐ Ben akkoord dat mijn gegevens kunnen worden doorgegeven aan mijn mantelzorg voor de doeleinden beschreven in de privacyverklaring
- ☐ verklaar de handleiding 'opvragen bewijsstuk via e-portaal' te hebben ontvangen én dat het bewijsstuk voor verpleegkundige verzorging mag afgeleverd worden via het e-portaal <http://patient.easix.be>.

Handtekening:

Datum: