

GEHEIMHOUDINGSVERKLARING

PaTz overleg

Ondergetekende:

Naam: _____

Functie: _____

Werkgever / Organisatie: _____

E-mailadres: _____

Telefoonnummer: _____

verklaart hierbij het volgende:

1. Deelname aan PaTz overleg

Ondergetekende neemt deel aan het PaTz overleg, waarin zorgverleners met elkaar afstemmen over de palliatieve zorg voor patiënten in de eerste lijn.

2. Vertrouwelijkheid

Tijdens het PaTz overleg wordt (gevoelige) informatie gedeeld over individuele patiënten, hun medische situatie, persoonlijke omstandigheden en zorgbehoeften. Deze informatie is strikt vertrouwelijk.

3. Verplichting tot geheimhouding

Ondergetekende verplicht zich om:

- Alle informatie over patiënten die tijdens het PaTz overleg wordt gedeeld strikt vertrouwelijk te behandelen.
- Deze informatie niet te delen met derden, tenzij dit noodzakelijk is voor de directe uitvoering van de zorg en met toestemming van de patiënt of diens vertegenwoordiger.
- Passende maatregelen te nemen om te voorkomen dat onbevoegden toegang krijgen tot deze informatie.

4. Duur van de geheimhoudingsplicht

De geheimhoudingsplicht geldt gedurende de deelname aan de PaTz groep en blijft ook na beëindiging van deze deelname onverminderd van kracht.

Plaats: _____

Datum: ____ / ____ / ____

Handtekening: _____