# Bijlage IV Informed consent bron

**Serologische bepalingen hepatitis B, hepatitis C en hiv**

**Ondergetekende**, de heer / mevrouw …………………………………………………………………

Geboortedatum …………………………………………………………………………………….…….

Adres ………………………………………………………………………...…………………………….

Postcode en woonplaats …………………………………………………………………………………

**verklaart toestemming te geven dat bij hem / haar de volgende virustesten worden bepaald en dat de uitslagen bekend worden gemaakt aan blootgestelde.**

*Elke test afzonderlijk aankruisen en paraferen:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Paraaf ondergetekende |
| [ ]  | HBsAg-test (hepatitis B) | .......................................................... |
| [ ]  | Anti-HCV-test (hepatitis C) | .......................................................... |
| [ ]  | Reguliere hivscreeningstest (combotest) (aids) | .......................................................... |

Ik wil de uitslag van deze testen WEL / NIET weten.

Als ik de uitslag wel wil weten, moet deze mij meegedeeld worden door:

Naam arts: ………………………………………………………………………………………………………………

Functie: ……………………………………………………………………………………………………

**Plaats, datum:**

……………………………………………………………………………………………………………….

**Handtekening betrokkene of vertegenwoordiger:**

……………………………………………………………………………………………………………….

Plaats, datum:

………………………………………………………

Handtekening aanvragend arts:

………………………………………………………