

Familienaam** :
 Voornaam** :
 (** Zoals vermeld op uw identiteitskaart.)

Gegevens huisarts (niet verplicht)

Familienaam :
 Voornaam :
 Straat :
 Busnummer :
 Gemeente :

Huisnummer :
 Postcode :
 Telefoon :

Demografische gegevens

Geslacht: man vrouw
 Geboortedatum : ... / ... / Geboorteplaats:
 Ras : blank; zwart; Indiaans; Aziatisch; andere :
 Land van herkomst :
 Taal : NL / FR / EN / andere :
 Beroep :

Contactgegevens

Hoofdverblijfplaats
 Straat :
 Huisnummer : Busnummer :
 Postcode : Gemeente :
 E-mailadres :
 Eventueel tweede verblijfplaats
 Straat :

De Clinical Pharmacology Unit Antwerpen is mij bekend via :

advertentie in een krant / tijdschrift

Gazet Van Antwerpen

Laatste Nieuws / Nieuwe Gazet

Zone 02 / Zone 03 / Zone 09

Passe Partout

Zondag

Metro

Koopjeskrant

affiche / flyer

website

mond aan mond reclame

naam andere vrijwilliger :

Algemene medische gegevens

Huisnummer : Busnummer :
 Postcode : Gemeente :
 O Telefoon : O GSM :
 O Telefoon werk / partner :
 (kruis aan op welk nummer u gecontacteerd wilt worden)

Bloedgroep : A + B + AB + O +
 A - B - AB - O -
 Lengte : cm
 Gewicht : kg

Rekeningnummer* :**

(*** Vermeld voor buitenlandse bankrekening het IBAN of SWIFT BIC -nummer.)

Naam Rekeninghouder :
 Bij buitenlandse rekening :
 Naam + adres bank :

Enkel voor vrouwen :

Gebruikt u een vorm van anticonceptie?

neen

ja, de pil, namelijk:

ja*, spiraal / gesteriliseerd / hysterectomie (wegname baarmoeder)

Bent u in de menopauze? neen ja, sinds : ... / ... /

Gebruikt u hormonen? neen ja, namelijk:

Rookt u?

- neen, nooit gerookt
 niet meer, ik heb gerookt van ... / ... / tot ... / ... /
 ja, sinds ... / ... / ongeveer sigaretten/sigaren* per dag

Wanneer was de laatste keer dat u gebruikte? / /

Bent u vegetarisch? neen ja

(* omcirkel het juiste antwoord)

- Drinkt u alcohol?**
 neen
 ja, eenheden per week (*vol aantal eenheden in*)
 (1 eenheid = 1 glas bier/wijn/starke drank)

Indien u wil deelnemen aan studies op de CPU Antwerpen, dient u een kopie van uw identiteitskaart met uw inschrijvingsformulier op te sturen of binnen te brengen op uw eerst volgende afspraak.

- Gebruikt u medicatie?**
 neen
 ja, namelijk : (naam medicatie + frequentie)

De door u ingevulde gegevens zullen worden opgenomen in de database van de Clinical Pharmacology Unit Antwerpen, Lange Beeldkensstraat 267, 2060 Antwerpen, met als doel biomedisch onderzoek. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en worden nimmer doorgegeven aan derden. Overeenkomstig de wet op de privacy van 08/12/1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer heeft u recht op inzage in en verbetering van de over u bewaarde gegevens.

- Medische geschiedenis**
Hebt u een (ernstige) chronische aandoening (gehad)?
 neen
 ja, namelijk
Bent u ooit geopereerd geweest?
 neen
 ja, namelijk

Ik verklaar mij hieronder akkoord dat deze gegevens opgenomen worden in het vrijwilligersbestand van SGS LSS, Clinical Pharmacology Unit Antwerpen. Ik heb het recht om op elk moment over deze gegevens te kunnen beschikken, deze te wijzigen of te laten verwijderen in de gevallen, zoals voorzien in de Wet van 8 december 1992, houdende bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Handtekening : / /

Datum : ... / ... /

Bent u allergisch?

- neen
 ja, voor sinds ... / ... / klachten?
 sinds ... / ... / klachten?
 sinds ... / ... / klachten?

!!! Bezoek ook onze website : www.resunit.com !!!

Gebruikt u drugs?

- neen
 ja, namelijk
 Frequentie* : dagelijks – wekelijks – maandelijks – jaarlijks