

Toestemmingsformulier I-PACE biobank

CRF nr:

Ik bevestig dat ik het informatieformulier (versie 4.4) voor de proefpersoon heb gelezen. Ik begrijp de informatie. Ik heb de tijd gehad om mijn vragen over het onderzoek te stellen. Het antwoord op mijn vragen heb ik goed begrepen. Ik heb voldoende tijd gehad om over deelname na te denken.

Ik weet dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik op elk moment kan stoppen met het onderzoek zonder dat ik daarvoor een reden hoeft te geven.

Ik geef toestemming dat de onderzoekers, medewerkers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, leden van de medisch-ethische toetsingscommissie en monitors inzage kunnen krijgen in mijn medische gegevens en onderzoeksgegevens.

Ik geef toestemming om de gegevens te gebruiken voor de doeleinden zoals beschreven in de informatiebrief.

Ik geef toestemming voor het bewaren en gebruiken van gegevens voor eventueel vervolgonderzoek.

Ik geef toestemming om lichaamsmateriaal in de toekomst eventueel te gebruiken voor onderzoek met een zelfde onderzoeksdoel. Ik geef **wel/geen** toestemming om mij opnieuw te benaderen in de toekomst (graag doorstrepen wat niet van toepassing is).

Ik geef **wel/geen** toestemming om mijn gegevens te delen met buitenlandse onderzoeksinstituten (graag doorstrepen wat niet van toepassing is).

Ik weet dat het mogelijk is dat er tijdens de uitvoering van toekomstig wetenschappelijk onderzoek met mijn lichaamsmateriaal zaken naar voren kunnen komen die wijzen op een ernstig gezondheidsprobleem of -risico waarvoor behandeling beschikbaar is bij mij en/of mijn familieleden, en dat ik van die bevindingen door mijn behandelend arts op de hoogte zal worden gesteld.

Ik stem in met mijn deelname aan bovengenoemd onderzoek.

Naam proefpersoon :

Handtekening : Datum : __ / __ / __

Naam ouder/wettelijk vertegenwoordiger:

Handtekening : Datum : __ / __ / __

Naam ouder/wettelijk vertegenwoordiger:

Handtekening : Datum : __ / __ / __

De onderzoeker verklaart de patiënt volledig en correct te hebben geïnformeerd.

Naam lokale onderzoeker:

Handtekening: Datum: __/__/__

Toestemmingsformulier I-PACE biobank**CRF nr:**

Ik bevestig dat ik het informatieformulier (versie 4.4) voor de proefpersoon heb gelezen. Ik begrijp de informatie. Ik heb de tijd gehad om mijn vragen over het onderzoek te stellen. Het antwoord op mijn vragen heb ik goed begrepen. Ik heb voldoende tijd gehad om over deelname na te denken.

Ik weet dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik op elk moment kan stoppen met het onderzoek zonder dat ik daarvoor een reden hoeft te geven.

Ik geef toestemming dat de onderzoekers, medewerkers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, leden van de medisch-ethische toetsingscommissie en monitors inzage kunnen krijgen in mijn medische gegevens en onderzoeksgegevens.

Ik geef toestemming om de gegevens te gebruiken voor de doeleinden zoals beschreven in de informatiebrief.

Ik geef toestemming voor het bewaren en gebruiken van gegevens voor eventueel vervolgonderzoek.

Ik geef toestemming om lichaamsmateriaal in de toekomst eventueel te gebruiken voor onderzoek met een zelfde onderzoeksdoel. Ik geef **wel/geen** toestemming om mij opnieuw te benaderen in de toekomst (graag doorstrepen wat niet van toepassing is).

Ik geef **wel/geen** toestemming om mijn gegevens te delen met buitenlandse onderzoeksinstituten (graag doorstrepen wat niet van toepassing is).

Ik weet dat het mogelijk is dat er tijdens de uitvoering van toekomstig wetenschappelijk onderzoek met mijn lichaamsmateriaal zaken naar voren kunnen komen die wijzen op een ernstig gezondheidsprobleem of -risico waarvoor behandeling beschikbaar is bij mij en/of mijn familieleden, en dat ik van die bevindingen door mijn behandelend arts op de hoogte zal worden gesteld.

Ik stem in met mijn deelname aan bovengenoemd onderzoek.

Naam proefpersoon :

Handtekening : Datum : __ / __ / __

Naam ouder/wettelijk vertegenwoordiger:

Handtekening : Datum : __ / __ / __

Naam ouder/wettelijk vertegenwoordiger:

Handtekening : Datum : __ / __ / __

De onderzoeker verklaart de patiënt volledig en correct te hebben geïnformeerd.

Naam lokale onderzoeker:

Handtekening: Datum: __/__/__