

**Toestemmingsformulier MeninGene in tweede instantie**

CRF nr: \_\_\_\_\_

- Ik bevestig dat ik de informatiebrief van bovengenoemde studie (versie 2) heb gelezen en dat ik de informatie begrijp. Ik heb voldoende tijd gehad om over mijn deelname na te denken en ben in de gelegenheid geweest om vragen te stellen. Deze vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.
- Ik geef toestemming voor het gebruik van de onderzoeksgegevens van het deel van de studie waarvoor mijn vertegenwoordiger eerder toestemming heeft gegeven.
- Ik geef toestemming voor het deel van de studie dat nog moet plaatsvinden.
- Ik geef toestemming voor de afname van twee buisjes van 7 ml bloed waaruit in het AMC DNA wordt geïsoleerd en geanalyseerd.
- Ik geef toestemming om mijn gegevens en DNA uitslagen op een niet tot mij te herleiden manier toe te voegen aan een Europese databank (MeninGene biobank).
- Ik weet dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik mijn toestemming op ieder moment kan intrekken zonder dat ik daarvoor een reden hoef op te geven.
- Ik geef toestemming aan de leden van de medisch ethische toetsingscommissie, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en vertegenwoordigers van de opdrachtgever van het onderzoek om inzage te krijgen in mijn medische gegevens en onderzoeksgegevens.
- Ik geef toestemming om de gegevens te verwerken voor de doeleinden zoals beschreven in de informatiebrief.
- Ik geef toestemming mijn onderzoeksgegevens tot 15 jaar na afloop van het onderzoek te bewaren.
- Ik geef toestemming dat mijn lichaamsmateriaal (DNA en hersenvocht) gedurende 50 jaar bewaard mag worden.
- Ik geef wel/geen\* toestemming om benaderd te worden voor extra onderzoek of follow-up. (\*doorhalen wat niet van toepassing is).
- Ik wil wel/niet\* op de hoogte worden gesteld van eventuele bevindingen die in hoge mate relevant zijn voor mijn gezondheidstoestand (of de gezondheidstoestand van bloedverwanten). (\*doorhalen wat niet van toepassing is)

Naam patiënt:

Tel.nr. patiënt:

Adres patiënt:

Datum:

Handtekening:

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

Naam lokale onderzoeker:

Datum:

Handtekening:

*Het toestemmingsformulier in tweevoud ondertekenen. Zowel de patiënt als onderzoeker dienen een origineel exemplaar van het ondertekende toestemmingsformulier in bezit te hebben.*