

Toestemmingsformulier MeninGene vertegenwoordiger

CRF nr: _____

Mij is gevraagd toestemming te verlenen voor deelname aan bovengenoemd medisch-wetenschappelijk onderzoek voor:

Naam:

Geboortedatum:

- 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 deelname na te denken en ben in de gelegenheid geweest om vragen te stellen. Deze vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.
- Ik geef toestemming voor deelname aan bovengenoemd medisch-wetenschappelijk onderzoek.
- Ik geef toestemming voor de afname van twee buisjes van 7 ml bloed bij degen die ik vertegenwoordig waaruit in het AMC DNA wordt geïsoleerd en geanalyseerd.
- Ik geef toestemming om de gegevens en DNA uitslagen van degene die ik vertegenwoordig op een niet tot hem of haar direct te herleiden manier toe te voegen aan een Europese databank (MeninGene biobank).
- Ik weet dat deze deelname geheel vrijwillig is en dat ik mijn toestemming op ieder moment kan intrekken zonder dat ik daarvoor een reden hoeft 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 de medische gegevens en onderzoeksgegevens van degene die ik vertegenwoordig.
- Ik geef toestemming om de gegevens te verwerken voor de doeleinden zoals beschreven in de informatiebrief.
- Ik geef toestemming de onderzoeksgegevens van degene die ik vertegenwoordig gedurende 15 jaar na afloop van het onderzoek te bewaren.
- Ik geef toestemming dat lichaamsmaterialen (DNA en hersenvocht) van degene die ik vertegenwoordig gedurende 50 jaar bewaard mogen worden
- Ik geef wel/geen* toestemming dat degene die ik vertegenwoordig in de toekomst benaderd mag 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 de gezondheidstoestand van degene die ik vertegenwoordig (of de gezondheidstoestand van bloedverwanten van degene die ik vertegenwoordig).

Naam vertegenwoordiger:

Tel.nr. deelnemer (patiënt):

Relatie tot deelnemer:

Adres deelnemer (patiënt):

Tel.nr. vertegenwoordiger:

Datum:

Handtekening:

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

Naam lokale onderzoeker:

Datum:

Handtekening:

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