

Toestemmingsformulier vertegenwoordiger

Nederlandse Dystrofinopathie Database: een nationaal register voor Duchenne en Becker

Ik ben gevraagd om toestemming te geven voor deelname van de volgende persoon aan dit medisch-wetenschappelijke onderzoek:

Naam proefpersoon:

Geboortedatum: __ / __ / __

- Ik heb de informatiebrief voor vertegenwoordiger gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik wil dat deze persoon meedoet.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen dat deze persoon toch niet mee doet. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik weet dat sommige mensen de verzamelde persoonsgegevens en overige gegevens van deze persoon kunnen inzien ter ondersteuning (invoer en beheer), controle en gebruik van gegevens van de registratie. Deze mensen staan vermeld in de informatiebrief.
- Ik geef toestemming om de gegevens van deze persoon voor onbepaalde tijd te bewaren, totdat ik anders aangeef.
- Ik begrijp dat ik, middels ondertekening van dit toestemmingsformulier, ook toestemming geef om in de toekomst benaderd te mogen worden voor nieuwe wetenschappelijke onderzoeken waaraan deze persoon kan meedoen.
- Ik weet dat de gecodeerde gegevens van deze persoon gebruikt zullen worden voor toekomstig onderzoek.
- Ik ga ermee akkoord dat deze persoon meedoet aan dit onderzoek en geef toestemming voor registratieoptie 1: Minimale registratie binnen Nederland met eenmalig opvragen van gegevens over de diagnose en contactgegevens. Ik ontvang jaarlijks een email voor het updaten van contactgegevens.
- Ik geef **wel**
 - geen**
toestemming voor registratieoptie 2: Het jaarlijks invullen van een vragenlijst over een beperkte set klinische gegevens en bereikte mijlpalen van de ziekte van deze persoon.

- Ik geef **wel**

geen

toestemming voor registratieoptie 3: Het opvragen en voor onderzoek gebruiken van klinische gegevens en resultaten van bloed- en urineonderzoek van deze persoon die vanuit de zorg zijn verkregen bij polibezoeken. *Alleen voor patiënten die voor zorg in het LUMC, Radboudumc of Kempenhaege komen.*

- Ik geef **wel**

geen

toestemming voor registratieoptie 4: Het op verzoek verstrekken van gecodeerde gegevens van deze persoon aan niet commerciële instanties zoals TREAT-NMD.

- Ik geef **wel**

geen

toestemming voor registratieoptie 5: Het delen van gecodeerde gegevens van deze persoon met commerciële onderzoekers of bedrijven.

Naam wettelijk vertegenwoordiger:

Relatie tot de proefpersoon:

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Ik verklaar hierbij dat ik deze persoon/personen volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Aanvullende informatie is gegeven door:

Naam:

Functie:

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

* Doorhalen wat niet van toepassing is. *De vertegenwoordiger krijgt een volledige informatiebrief mee, samen met een getekende versie van het toestemmingsformulier.*

Registratievragenlijst

Nationaal register voor Duchenne en Becker

Persoonsgegevens van de persoon met of draagster van Duchenne of Becker spierdystrofie

Achternaam:

Meisjesachternaam:

Voornaam:

Voorletter(s):

Adres:

Postcode en plaats:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Geslacht:

Emailadres:

Telefoonnummer:

Diagnose

1. Duchenne spierdystrofie
2. Draagster van Duchenne spierdystrofie
3. Becker spierdystrofie
4. Draagster van Becker spierdystrofie

Leeftijd bij diagnose:

Mutatie (foutje in DNA) (indien bekend):

Datum van invullen:

Contactinformatie van de eerste contactpersoon (van toepassing bij minderjarige of wilsonbekwame patiënt)

Achternaam:

Voorletters:

Relatie tot de patiënt:

Telefoonnummer 1:

Telefoonnummer 2:

Emailadres:

Behandelaars

Huisarts:

Achternaam:

Voorletter(s):

Praktijk:

Plaats:

Land:

Centrum waar jaarlijkse screening plaatsvindt:

Wordt u jaarlijks tijdens een multidisciplinair spreekuur gezien?: Ja/Nee

Zo ja, in welk centrum?:

Plaats:

Land:

Bedankt voor het invullen!**Deze verklaring met het toestemmingsformulier opvragen genetische gegevens graag opsturen naar:**

LUMC Polikliniek neurologie, J3-43

T.a.v. J. Bongers/ Y.D. Meijer-Krom

Antwoordnummer 10392

2300 WB Leiden

Onderstaand, op pagina 5, vindt u het toestemmingsformulier voor het opvragen van de medische en/of genetische gegevens. Hiervoor is aparte toestemming van u nodig. Graag uw bevroegde gegevens in het vierkant invullen. Hartelijk dank





Toestemmingsformulier opvragen medische gegevens

Zeer geachte collega,

Graag wil ik u verzoeken mij de gegevens over de genetische diagnose betreffende onderstaande patiënt ter inzage toe te sturen.

Deze gegevens zullen worden gebruikt voor het onderzoek:

Dutch Dystrophinopathy Database: een nationaal register voor Duchenne en Becker spierdystrofie in Nederland

Bij voorbaat hartelijk dank.

Met vriendelijke groet,

Dr. E.H. Niks,
(Kinder) neuroloog LUMC

Hierbij verklaart ondergetekende,

Naam:

Relatie tot patiënt:

Naam patiënt:

Geboortedatum patiënt:

Adres patiënt:

akkoord te gaan met verstrekking van inlichtingen aan bovengenoemde artsen ten behoeve van het bovengenoemde onderzoek.

Datum: - -

Handtekening ouder of wettelijk vertegenwoordiger: