



Universitair Medisch Centrum
Utrecht

- TOESTEMMINGSVERKLARING -

Betreft: deelname aan wetenschappelijk onderzoek

“Risicofactoren voor het ontstaan en het beloop van ALS”

Ik heb alle informatie waarin het onderzoek beschreven wordt gelezen en begrepen. Ik heb op al mijn vragen naar voldoening antwoord gekregen.

Ik verklaar hierbij:

Vrijwillig te willen deelnemen aan het onderzoek, doch ik behoud mij het recht voor op elk moment het onderzoek te mogen beëindigen.

- **WEL / NIET** toestemming te verlenen om de huisarts te informeren over mijn deelname aan het onderzoek (*doorhalen wat niet van toepassing is*).
- **WEL / NIET** toestemming te verlenen om medische gegevens van mijzelf, die direct van belang zijn voor het onderzoek, op te vragen bij de behandelend neuroloog of huisarts (*doorhalen wat niet van toepassing is*).
- **WEL / NIET** toestemming te verlenen voor het bewaren van mijn gegevens in een database (*doorhalen wat niet van toepassing is*).
- **WEL / NIET** toestemming te verlenen om opnieuw benaderd te worden door de onderzoeker voor mogelijk vervolgonderzoek (*doorhalen wat niet van toepassing is*).
- **WEL / NIET** toestemming te verlenen voor het bewaren van mijn bloed voor verder wetenschappelijk onderzoek op het gebied van ALS en gerelateerde ziekten, na afloop van dit onderzoek (*doorhalen wat niet van toepassing is*).
- **WEL / NIET** toestemming te verlenen voor het isoleren van DNA materiaal uit mijn bloed en het bewaren hiervan voor verder wetenschappelijk onderzoek op het gebied van ALS en gerelateerde ziekten, na afloop van dit onderzoek (*doorhalen wat niet van toepassing is*).

Plaats.....

Datum

Naam patiënt **M/V**

Handtekening

Geboorte datum

E-mailadres

Adres

Postcode en plaats Telnr.

Datum waarop diagnose gesteld is..... Diagnose.....

Naam + adres + telfnr. huisarts.....

Naam behandelend neuroloog

Ziekenhuis en plaats van neuroloog

Niet invullen:

Naam arts-onderzoeker Handtekening arts-onderzoeker.....