



Formulier voor intrekken eerder verleende toestemming voor de databank Stomp Buiktrauma bij Kinderen

Datum: 16-04-2025

Versienummer: 1.1

Ik geef hiermee te kennen dat ik mijn (kind zijn/haar) deelname aan de databank Stomp Buiktrauma bij Kinderen intrek. Dit betekent dat van mij / mijn kind geen nieuwe medische gegevens meer mogen worden verzameld voor de databank Stomp Buiktrauma bij Kinderen en dat mijn (kind zijn/haar) medische gegevens niet meer gebruikt mogen worden bij nieuw onderzoek met de databank Stomp Buiktrauma bij Kinderen.

Ik begrijp dat mijn (kind zijn/haar) gegevens die al voor wetenschappelijk onderzoek zijn gebruikt, niet kan worden vernietigd. Ook de gegevens die uit het wetenschappelijk onderzoek zijn voortgekomen kunnen niet worden vernietigd.

Naam patiënt (voorletters):	
Geboortedatum patiënt:	
Patiëntnummer (indien bekend):	
Huidige woonadres + postcode:	

Te ondertekenen door ouder(s) of voogd bij kinderen < 12 jaar:

Ouder(s) of voogd, naam (voorletter + achternaam): _____

Datum: _____ Handtekening: _____

Te ondertekenen door ouder(s) of voogd EN patiënt bij jongeren van 12 - 16 jaar:

Ouder(s) of voogd, naam (voorletter + achternaam): _____

Datum: _____ Handtekening: _____

Patiënt:

Datum: _____ Handtekening: _____

Te ondertekenen door patiënt bij jongeren vanaf 16 jaar:

Datum: _____ Handtekening: _____

Formulier opsturen naar:

UMCG
Hanzeplein 1
Prof. dr. J.B.F. Hulscher
Afdeling kinderchirurgie
HPC BA20, Postbus 30.001
9700 RB Groningen

In te vullen door hoofdonderzoeker van de database Stomp Buiktrauma bij Kinderen

Ik verklaar kennis genomen te hebben van het intrekken van de toestemming door de bovenvermelde patiënt en zoals hierboven omschreven.

Instelling: _____

Naam hoofdonderzoeker: _____

Datum: _____ Handtekening _____