



Toestemmingsformulier Databank Stomp Buiktrauma bij Kinderen

Datum: 16-04-2025

Versienummer: 1.1

Vooraf

- Ik bevestig dat ik de Informatiebrief van de databank Stomp Buiktrauma bij Kinderen (versie 1.1) heb gelezen. Ik heb de kans gehad om (extra) vragen over de brief te stellen. Deze vragen zijn goed beantwoord. Ik heb voldoende tijd gehad om over meedoen na te denken.
- Ik doe vrijwillig mee aan de databank Stomp Buiktrauma bij Kinderen waarin mijn medische gegevens worden opgeslagen voor wetenschappelijk onderzoek. Dit onderzoek is op het gebied van kinder- en traumachirurgie zoals beschreven in de Informatiebrief. Ik weet dat ik het recht heb om op elk moment mijn toestemming weer in te trekken. Ik hoef hiervoor geen reden te geven. Ook weet ik dat dit geen negatieve gevolgen heeft voor mijn medische behandeling. De relatie met de arts verandert niet wanneer ik wel of niet besluit om mijn (kind zijn/haar) medische gegevens beschikbaar te stellen.
- Er is aan mij uitgelegd dat naast mijn behandelend arts, ook anderen onderzoek mogen doen met mijn (kind zijn/haar) medische gegevens. Dit zijn bijvoorbeeld artsen en onderzoekers van een ander ziekenhuis. Ik begrijp dat de (medische) gegevens onherkenbaar worden gemaakt voordat ze gebruikt worden door een onderzoeker. Hierdoor weet de onderzoeker niet van wie de (medische) gegevens zijn.
- Mijn (kind zijn/haar) persoonsgegevens zoals naam, adres en telefoonnummer zullen niet worden gedeeld met onderzoekers.

Toestemming

1. Ik geef toestemming voor het afnemen en gebruik van mijn (kind zijn/haar) medische gegevens voor de doelen zoals beschreven in de Informatiebrief.
2. Ik geef toestemming om mijn (kind zijn/haar) medische gegevens voor onbepaalde tijd te bewaren in de databank Stomp Buiktrauma bij Kinderen.

Naam patiënt: _____

Geboortedatum: _____

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: _____

In te vullen door de arts/onderzoeker:

Ik verklaar dat ik met de bovengenoemde persoon zijn/haar voorgenomen deelname aan de databank Stomp Buiktrauma bij Kinderen heb besproken en zijn/haar vragen daarover heb beantwoord. Ik verklaar mij bereid nog opkomende vragen over de databank Stomp Buiktrauma bij Kinderen naar vermogen te beantwoorden.

Naam arts/onderzoeker: _____

Datum: _____ Handtekening: _____

(De deelnemer ontvangt een ondertekende kopie van de Informatiebrief en Toestemmingsformulier, het origineel blijft in het UMCG. Dit wordt opgeslagen onder verantwoordelijkheid van de beheerder van de bank).