



TOESTEMMINGSVERKLARING

Voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek:

Efficacy of FDG-PET/CT in Evaluation of Cytological indeterminate Thyroid nodules prior to Surgery (EFFECTS)

Ik ben naar tevredenheid en op een voor mij duidelijke wijze over het onderzoek geïnformeerd over de aard, methode, doel en de risico's en belasting van het onderzoek. Ik weet dat een arts-onderzoeker, verbonden aan dit onderzoek, inzage heeft in mijn medisch dossier. Ik weet dat hiertoe bevoegde personen, vermeld in de informatiebrief, inzage hebben in mijn gegevens. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Ik heb de schriftelijke informatie goed gelezen. Ik ben in de gelegenheid gesteld om vragen over het onderzoek te stellen. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik heb goed over deelname aan het onderzoek kunnen nadenken. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaft van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen. Indien ik niet wil dat mijn huisarts op hoogte is van deelname aan deze studie, heb ik dat *expliciet* kenbaar gemaakt. Ik weet dat mijn onderzoeksgegevens na afloop van het onderzoek nog 15 jaar bewaard worden. Ik geef toestemming om mijn weefsel centraal te laten analyseren in het Radboudumc. Ik geef toestemming om een kopie van het toestemmingsformulier naar het Radboudumc te sturen.

[In te vullen door patiënt zelf]

Achternaam + voorletters :

Geboortedatum : - -

Informering eigen huisarts : **akkoord** **niet akkoord**

Handtekening : **Datum:** - -

Ondergetekende verklaart dat de hierboven genoemde persoon zowel schriftelijk als mondeling over het bovenvermelde onderzoek geïnformeerd is. Hij/zij verklaart tevens dat een voortijdige beëindiging van de deelname door bovengenoemde persoon, van geen enkele invloed zal zijn op die zorg die hem of haar toekomt.

[In te vullen door onderzoeker]

Achternaam + voorletters :

Functie :

Handtekening : **Datum:** - -

Kopie van volledig ingevuld formulier sturen aan arts-onderzoeker via: Lisanne.deKoster@radboudumc.nl
of per post: LUMC, afd. Nucleaire Geneeskunde C2-P, t.a.v. L. de Koster, postbus 9600, 2300RC Leiden.
Originele formulier bewaren in lokale patiëntdossier of investigator site file. Tevens kopie aan patiënt meegeven.

Declaratie reiskosten voor deelname EFFECTS-studie

Voor de heen- en terugreis van uw woonplaats naar uw ziekenhuis is een vergoeding ingesteld van € 0.19 per kilometer, mits deze reis slechts gemaakt is om aan het onderzoek deel te nemen. De Medisch Ethische Toetsingscommissie heeft hier toestemming voor gegeven. De afstand van de retourreis worden berekend met behulp van een routeplanner. Het berekende bedrag wordt naar uw rekening overgemaakt.

Alleen een volledig ingevuld formulier kan in behandeling worden genomen.

In te vullen door patiënt:

Woonadres + huisnummer:																				
Postcode + woonplaats:																				
Ziekenhuis:	<input type="checkbox"/> AMC <input type="checkbox"/> St. Antonius <input type="checkbox"/> Erasmus MC <input type="checkbox"/> Hagaziekenhuis <input type="checkbox"/> Isala <input type="checkbox"/> Meander MC <input type="checkbox"/> LUMC <input type="checkbox"/> MUMC <input type="checkbox"/> OLVG <input type="checkbox"/> Radboudumc <input type="checkbox"/> Reinier de Graaf <input type="checkbox"/> Rijnstate <input type="checkbox"/> UMCG <input type="checkbox"/> UMCU <input type="checkbox"/> VUmc <input type="checkbox"/> anders, nl:																			
Reden ziekenhuisbezoek:	<input type="checkbox"/> ¹⁸ F-FDG-PET/CT <input type="checkbox"/> controle echografie van de hals (na 12 maanden)																			
Rekeningnummer (IBAN):	<table border="1" style="width: 100%; height: 1em;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																			
Ten name van:																				
Burgerservicenummer (BSN):																				

Handtekening voor naar waarheid ingevuld:																						
Datum (DD-MM-JJJJ):	<table border="1" style="width: 100%; height: 1em;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																					

In te vullen door onderzoeker:

Aantal kilometers enkele reis
woonadres naar ziekenhuis
gebaseerd op GoogleMaps

km,

dit is retour:

km

Vergoeding (à € 0.19/km)

€

Paraaf:

Ingevuld formulier retourneren aan arts-onderzoeker. Bij voorkeur ingescand via: Lisanne.deKoster@radboudumc.nl
Of per post: LUMC, afd. Nucleaire Geneeskunde C2-P, t.a.v. L. de Koster, postbus 9600, 2300RC Leiden.

