



## 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 geïnformeerd over de aard, methode, doel, risico's en belasting van het onderzoek. Ik heb de schriftelijke informatie goed gelezen. Ik ben in de gelegenheid gesteld om vragen te stellen; deze zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik heb goed over deelname aan het onderzoek kunnen nadenken. Ik weet dat een arts-onderzoeker en andere hiertoe bevoegde personen, verbonden aan dit onderzoek, inzage hebben in mijn gegevens en hieruit relevante gegevens verzamelen en gebruiken voor het onderzoek, zoals vermeld in de informatiebrief. Ik weet dat gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend worden gemaakt. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen. Ik weet dat mijn onderzoeksgegevens na afloop van het onderzoek nog 15 jaar bewaard worden. Ik geef toestemming om mijn weefsel 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](mailto: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.

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"/> <sup>18</sup> F-FDG-PET/CT <input type="checkbox"/> controle echografie van de hals (na 12 maanden)
Rekeningnummer (IBAN):	.....
Ten name van:	
Burgerservicenummer (BSN) <sup>1</sup> :	

Handtekening voor naar waarheid ingevuld:											
Datum (DD-MM-JJJJ):	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>			-			-				
		-			-						

<sup>1</sup>noodzakelijk voor uitbetaling van reiskostenvergoeding

**In te vullen door onderzoeker:**

Aantal kilometers enkele reis woonadres naar <u>ziekenhuis</u> gebaseerd op GoogleMaps	<input type="text"/>	km,	dit is retour:	<input type="text"/>	km
Vergoeding (à € 0.19/km)	€	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	Paraaf: <input type="text"/>

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