

GEÏNFORMEERDE TOESTEMMINGSVERKLARING

voor deelname aan het Europees DSD onderzoeksproject naar het ontstaan en de behandeling van stoornissen in de geslachtsontwikkeling (DSD).

Ik, _____,

Moeder van _____

Ik, _____,

vader van _____

verklaar dat ik, zowel schriftelijk als mondeling, voldoende werd ingelicht over het doel en de methoden van dit onderzoek, de hieraan verbonden risico's, alsook de mogelijke voordelen en het belang van het onderzoek. Ik heb de informatiefolder voor patiënten ontvangen, gelezen en de inhoud ervan begrepen.

Ik heb uitgebreid de mogelijkheid gehad hierover vragen te stellen aan de behandelende arts en al mijn vragen werden voldoende beantwoord.

Ik begrijp dat deelname van mijn kind aan dit onderzoek vrijwillig is en dat ik mijn kind eenzijdig, en zonder opgave van enige reden kan terugtrekken uit het onderzoek. Ik begrijp dat ik, als ik weiger om mijn kind te laten deelnemen aan het onderzoek, of mijn kind uit het onderzoek wens terug te trekken, hierdoor geen nadeel zal ondervinden, dat dit geen invloed heeft op de behandeling van mijn kind of op de relatie met de behandelende arts.

Ik stem erin toe dat gegevens uit het medisch dossier van mijn kind, en/of bloed of weefsel dat bij hem/haar werd afgenomen gebruikt worden voor onderzoek naar het ontstaan en de behandeling van stoornissen in de geslachtsontwikkeling.

Geef hieronder aan of u geheel of gedeeltelijk aan het onderzoek wil deelnemen. Kruis **JA** aan indien u wenst deel te nemen, kruis **NEE** aan indien u niet wenst deel te nemen.

Ik stem erin toe dat gegevens uit het medisch dossier van mijn kind en/of bloed of weefsel dat bij hem/haar werd afgenomen **in gecodeerde vorm** voor dit onderzoek gebruikt worden.

☐ **JA**

☐ **NEE**

Ik stem erin toe dat bloed of weefsel dat bij mijn kind werd afgenomen tot zijn / haar volwassenheid bewaard wordt. Dit materiaal kan later uitsluitend gebruikt worden voor onderzoek naar stoornissen in de geslachtsontwikkeling.

☐ **JA**

☐ **NEE**

Ik stem erin toe dat de medische gegevens uit het dossier van mijn kind en/of bloed of weefsel dat bij hem/haar werd afgenomen in het kader van nationale en internationale onderzoeksprojecten **in gecodeerde vorm** kan uitgewisseld worden tussen artsen en onderzoekers in binnen- en buitenland.

☐ **JA**

☐ **NEE**

Ik stem erin toe dat medische gegevens van mijn kind **in gecodeerde vorm** worden verwerkt in een nationale database. De toegang tot deze database is strikt beveiligd.

☐ **JA**

☐ **NEE**

Ik stem erin toe dat medische gegevens van mijn kind **in gecodeerde vorm** worden verwerkt in een Europese database. De toegang tot deze database is strikt beveiligd. De identificatie van de patiënt voor het opvragen van bijkomende gegevens kan enkel via terugkoppeling naar uw behandelende arts en door geen enkele andere betrokken onderzoeker.

☐ **JA**

☐ **NEE**

Ik ben geïnteresseerd in de resultaten van het onderzoek en wens door mijn behandelende arts op de hoogte gesteld te worden van de voor mijn kind relevante onderzoeksresultaten.

☐ **JA**

☐ **NEE**

Plaats en datum

Handtekening moeder

Plaats en datum

Handtekening vader

Plaats en datum

Handtekening patiënt

Plaats en datum

Handtekening arts
