

### GEÏNFORMEERDE TOESTEMMINGSVERKLARING

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

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

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

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

Ik stem erin toe dat gegevens uit mijn medisch dossier en/of bloed of weefsel dat bij mij werd afgenomen in gecodeerde vorm voor dit onderzoek gebruikt worden.

**JA**  **NEE**

Ik stem erin toe dat bloed of weefsel dat bij mij werd afgenomen bewaard wordt tot ik volwassen ben. 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 mijn dossier en/of bloed of weefsel dat bij mij 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 mijn medische gegevens **in gecodeerde vorm** worden verwerkt in een nationale database. De toegang tot deze database is strikt beveiligd.

**JA**  **NEE**

Ik stem erin toe dat mijn medische gegevens **in gecodeerde vorm** worden verwerkt in een internationale database. De toegang tot deze database is strikt beveiligd. De identificatie van mij als patiënt voor het opvragen van bijkomende gegevens kan enkel via terugkoppeling naar mijn 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 mij relevante onderzoeksresultaten.

**JA**  **NEE**

Plaats en datum

Handtekening patiënt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Plaats en datum

Handtekening arts

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_