



## Toestemmingsverklaring zikavirus gegevensverzameling

Osirisnummer (indien van toepassing): \_\_\_\_\_

Onderzoeksnummer zwangere/moeder: \_\_\_\_\_ (wordt toegekend door RIVM)

Onderzoeksnummer kind (indien van toepassing): \_\_\_\_\_ (wordt toegekend door RIVM)

Ik heb de informatiebrief over de gegevensverzameling gelezen en ik begrijp de informatie. Ik heb aanvullende vragen kunnen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik mee wil werken aan deze gegevensverzameling.

Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee werken. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Ik weet dat bepaalde bevoegde personen medische gegevens van mij (en, indien van toepassing, mijn kind) met betrekking tot (mogelijke) zikavirusinfectie en de (mogelijke) gevolgen ervan kunnen inzien.

Ik geef toestemming om de gegevens van mij (en, indien van toepassing, mijn kind) te gebruiken, voor de doelen zoals in die in de informatiebrief staan.

Ik geef toestemming om de gegevens van mij (en, indien van toepassing, van mijn kind) maximaal 15 jaar na afloop van dit onderzoek te bewaren.

- 
- ✓ Ik geef **WEL / GEEN\*** toestemming voor de gegevensverzameling zoals deze in de informatiebrief staat beschreven.
  - ✓ Ik geef **WEL / GEEN\*** toestemming om mij in de toekomst te benaderen voor vervolgonderzoek. *Als u toestemming geeft, worden uw naam en adresgegevens niet vernietigd, maar apart bewaard van uw medische gegevens.*

\* s.v.p. doorstrepen wat van niet toepassing is

**NAAM:** .....

**Geboortedatum:** |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| dd/mm/jjjj)

**Handtekening:** .....

**Datum:** |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_| - 20|\_\_|\_\_| (dd/mm/jjjj)

**Wanneer het ook gegevensverzameling m.b.t. een kind betreft, moet deze toestemmingsverklaring waar mogelijk door beide ouders/verzorgers van dit kind ondertekend worden.**

**Z.O.Z**

**NAAM KIND:** .....

**(verwachte) geboortedatum:** |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_| - 20|\_\_|\_\_| (dd/mm/jjjj)

**OUDER/VERZORGER 1:**

**OUDER/VERZORGER 2:**

**Naam:** .....

**Naam:** .....

**Handtekening:** .....

**Handtekening:** .....

**Datum:** |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_| - 20|\_\_|\_\_| (dd/mm/jjjj)

*Wanneer het niet mogelijk is deze verklaring door beide ouders te laten tekenen, graag een verklaring hiervoor aangeven.*

---

---

---

***In te vullen door de behandelend arts/verloskundige/consultatiebureau-medewerker:***

Ik verklaar dat bovengenoemde persoon volledig is geïnformeerd over de gegevensverzameling.

**Naam arts/verloskundige/CB-medewerker:** .....

**Handtekening:** .....

**Datum:** |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_| - 20|\_\_|\_\_| (dd/mm/jjjj)

**Bij welke huisarts staat de zwangere/moeder ingeschreven?**

**Naam:** .....

**Plaats:** ..... **Telefoonnummer:** .....

*Het toestemmingsformulier moet in tweevoud worden getekend. De deelnemer krijgt een exemplaar van het ingevulde toestemmingsformulier, het andere exemplaar is bestemd voor de onderzoekers op het RIVM: Werkgroep follow-up ZIKV-infecties in de zwangerschap, RIVM/Cib/EPI, Postbus 1, Postbak 75, 3720 BA Bilthoven.*