Bijlage 3. Voorbeelden toestemmingsverklaringen

**Toestemmingsverklaring I, deelname onderzoek**

**TOESTEMMINGSVERKLARING**

voor verzamelen van gegevens bij personen met leptospirose

**Voor kinderen jonger dan 12 jaar dient de ouder/verzorger de verklaring te ondertekenen.**

**Voor kinderen van 12 tot 16 jaar dienen zowel de ouder/verzorger als het kind de verklaring te ondertekenen.**

**Kinderen vanaf 16 jaar zijn bekwaam tot het aangaan van behandelingsovereenkomst.**

Ondergetekende

1. Verklaart dat hij/zij geïnformeerd is over de reden van de leptospiroseregistratie, en de gelegenheid gekregen iedere gewenste vraag te stellen.
2. Verklaart dat hij/zij vrijwillig aan de leptospiroseregistratie wil bijdragen.
3. Is ervan op de hoogte dat bij vragen telefonisch contact kan worden opgenomen met de plaatselijke GGD.
4. Geeft toestemming om de volgende informatie anoniem in de landelijke registratie op te nemen:
5. Informatie over het ziektebeloop;
6. Informatie over de ziekteverwekker;
7. Informatie over de mogelijke bron van besmetting.

Plaats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum (dag/maand/jaar) \_\_\_-\_\_\_-20\_\_\_

Achternaam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Voornaam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres+postcode \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geboortedatum (dag/maand/jaar) \_\_\_-\_\_\_- \_\_\_

(Handtekening deelnemer of ouder) (Naam en handtekening onderzoeker)

NB: Bovenstaande persoonsgegevens zullen **niet** worden gekoppeld aan de gegevens van de vragenlijst. Uw onderzoeksgegevens worden zonder vermelding van uw naam verwerkt. De toestemmingsverklaring wordt gedurende vijf jaar bewaard bij het NRL en wordt daarna vernietigd.

**Toestemmingsverklaring II, verstrekking gegevens door behandelend arts**

**TOESTEMMINGSVERKLARING**

**Voor kinderen jonger dan 18 jaar dient de ouder/verzorger de verklaring te ondertekenen.**

Ondergetekende

1. Verklaart dat hij/zij geïnformeerd is over de reden van de leptospiroseregistratie, en de gelegenheid gekregen iedere gewenste vraag te stellen.
2. Verklaart dat hij/zij vrijwillig aan de leptospiroseregistratie wil bijdragen.
3. Geeft toestemming aan zijn/haar behandelend arts:

Naam:

Specialisme:

Ziekenhuis:

Plaats:

om in het kader van de Leptospiroseregistratie informatie te verstrekken aan het CIb/NRL over het beloop van zijn/haar leptospiroseinfectie door:

 0 het invullen van de vragenlijst voor de behandelend arts;

0 het verstrekken van een kopie van de ontslagbrief.

*(SVP aankruisen, bij voorkeur beide)*

Plaats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum (dag/maand/jaar) \_\_\_-\_\_\_-20\_\_\_

Achternaam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Voornaam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres+postcode \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geboortedatum (dag/maand/jaar) \_\_\_-\_\_\_- \_\_\_

(Handtekening deelnemer of ouder)