



## Toestemmingsverklaring

MEDIASTrial: *‘Wel of geen extra operatie om bij patiënten met longkanker uitzaaiingen in lymfeklieren te onderzoeken?’*

Toestemmingsverklaring bij MEDIASTrial Proefpersoneninformatie versie 3 dd 17-07-17.

Ik, ondergetekende, ga akkoord met deelname aan het onderzoek en de volgende voorwaarden:

- Ik begrijp dat loting in het onderzoek bepaalt of ik wel of geen mediastinoscopie – een operatie – onderga. De bekende en mogelijke risico’s van deze behandelopties (wel of geen mediastinoscopie) zijn mij verteld in een gesprek met mijn arts.
- Ik heb alle informatie, die ik heb gekregen over de operatie en de opzet van het onderzoek, gelezen. Ik begrijp deze informatie en heb antwoord gekregen op mijn vragen.
- Ik heb voldoende tijd gehad om over deelname aan het onderzoek te beslissen.
- Ik begrijp dat ik, als vrijwilliger, op elk moment mijn medewerking aan het onderzoek kan beëindigen. Dit kan ik vertellen aan mijn behandelend arts of de onderzoeker.
- Ik ga er mee akkoord dat mijn huisarts door middel van een brief op de hoogte wordt gebracht van mijn deelname aan deze studie.
- Ik geef toestemming om mijn gegevens en afgenomen weefsel tot 15 jaar na afname te bewaren en daarna te vernietigen.
- Ik geef toestemming om mijn gegevens anoniem te hergebruiken voor eventueel vervolgonderzoek.
- Ik geef toestemming aan de hoofdonderzoeker om mij na afloop van het onderzoek opnieuw te benaderen voor aanvullend onderzoek. Over deelname aan dit aanvullend onderzoek beslis ik later.
- Ik geef Integraal Kanker Centrum Nederland (IKNL) toestemming om mij voor het invullen van de vragenlijsten te benaderen via de gegevens op de volgende bladzijde.
- Ik teken deze verklaring vrijwillig.



**Datum** \_\_\_\_\_

**Handtekening patiënt** \_\_\_\_\_

dhr.                       mevr.

**Voornaam:** \_\_\_\_\_

**Achternaam:** \_\_\_\_\_

**Ik wens de vragenlijsten als volgt te ontvangen:**

Digitaal op e-mailadres:  
\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Op papier:  
Adres: \_\_\_\_\_

Huisnummer: \_\_\_\_\_ toevoeging: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_  
(bij onduidelijkheid over uw gegevens)

Onderstaande **arts** verklaart hierbij de patiënt volledig te hebben geïnformeerd over de inhoud van deze studie volgens het 'informed consent' principe:

**Naam** \_\_\_\_\_

**Datum** \_\_\_\_\_

**Handtekening** \_\_\_\_\_