



Toestemmingsverklaring

Naam patiënt.....

Geboortedatum.....

1. Ik wil graag dat het DNA van mij / de persoon waarvoor ik wettelijk verantwoordelijk ben, wordt opgeslagen en wordt onderzocht door middel van array-onderzoek, gericht DNA onderzoek, en/of exoom sequencing en/of genoom sequencing in verband met de volgende aandoening:
2. Ik verklaar de informatiebrief over genoom breed DNA onderzoek te hebben gelezen. Ik heb de gelegenheid gehad om vragen te stellen en deze zijn naar tevredenheid beantwoord.
3. Ik ben mij er van bewust dat er bij genoom diagnostiek toevallsbevindingen kunnen zijn (zie informatie brief). Dit betekent dat bij toeval iets kan worden ontdekt dat geen verband heeft met de ziekte waarop nu wordt getest, maar met andere ziektes of aandoeningen.
4. Ik begrijp dat ik over toevallsbevindingen altijd geïnformeerd zal worden als het om een behandelbare ziekte of aandoening gaat. Ik wil: - *svp aankruisen wat gewenst wordt, er zijn meerdere keuzen mogelijk* -

uitsluitend geïnformeerd worden over DNA-varianten die aan een behandelbare ziekte of aandoening gerelateerd zijn en die bij toeval worden gevonden

geïnformeerd worden over alle DNA-varianten die aan een ziekte of aandoening gerelateerd zijn en bij toeval worden gevonden

ook geïnformeerd worden over dragerschap van DNA-varianten die niet voor mijzelf maar voor mijn nageslacht /verwanten een verhoogd risico op een aandoening of ziekte betekenen en die bij toeval worden gevonden

5. Ik geef de afdeling Klinische Genetica toestemming voor: - *svp doorhalen wat niet van toepassing is*-

het gebruik van mijn medische gegevens ten behoeve van erfelijkheidsonderzoek voor familieleden Ja/Nee

het gebruik van mijn lichaamsmateriaal ten behoeve van erfelijkheidsonderzoek voor familieleden Ja/Nee

het anoniem gebruik van mijn medische gegevens en mijn lichaamsmateriaal voor wetenschappelijk onderzoek Ja/Nee

6. Indien er op langere termijn nieuwe onderzoeksmogelijkheden zijn, wil ik daarover geïnformeerd worden. Op dat moment kan ik alsnog beslissen of ik meer informatie wil over mijn eigen erfelijke aanleg. Ja/Nee

7. Ik begrijp dat ik de mogelijkheid heb om mijn toestemming te allen tijde in te trekken, zonder dat dit schadelijke gevolgen heeft voor de kwaliteit van mijn behandeling.

Handtekening van de patiënt

Handtekening van de wettelijk vertegenwoordiger

Naam van de wettelijk vertegenwoordiger

Handtekening van de klinisch geneticus (i.o.) /genetisch consulent (i.o.)

Datum