



## TOESTEMMINGSVERKLARING – PARTNER

VOOR DEELNAME AAN HET WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK YOUth BABY & KIND



Persoonsnummer

YB

Dit nummer ontvang je tijdens het eerste bezoek aan het KinderKennisCentrum.

Naam

Geboortedatum

**LET OP!** Kom je als partner niet mee naar de echo? Onderteken dan vooraf dit formulier en vul zelf je eigen naam en datum van ondertekening in, zodat je partner het kan meenemen naar de afspraak. **Zonder ingevulde en ondertekende formulieren van beide partners kunnen wij niet starten met het onderzoek.**

- Ik ben naar tevredenheid over het onderzoek geïnformeerd.
- Ik heb de schriftelijke informatie in de informatiebrochure goed gelezen.
- Ik heb mijn vragen over het onderzoek kunnen stellen. Deze zijn naar tevredenheid beantwoord.
- Ik heb goed kunnen nadenken over deelname aan het onderzoek.
- Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik weet dat ik op elk moment kan beslissen te stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik geef toestemming voor het maken van een 3D-echo in het KinderKennisCentrum bij een zwangerschapsduur van 20 en 30 weken ten behoeve van dit onderzoek.
- Ik weet dat YOUth een wetenschappelijk onderzoek is en geen screening op ontwikkelingsachterstand of ziekten.
- Ik weet dat de bij het onderzoek betrokken echografist of arts, mijn verloskundige of een (medisch) specialist kunnen consulteren als zij tijdens het onderzoek bevindingen doen die voor mij of mijn kind van belang zijn. Ik weet dat dit aan mij wordt teruggekoppeld.
- Ik geef toestemming voor het beschikbaar stellen van de reguliere echo's van mijn kind (door de verloskundige) voor dit onderzoek.
- Ik geef toestemming voor het beschikbaar stellen van informatie over het verloop van de zwangerschap (door de verloskundige) voor dit onderzoek.
- Ik geef toestemming voor het afnemen van vragenlijsten.
- Ik weet dat mijn kind vanaf zijn/haar geboorte deelnemer is aan YOUth en geef hiervoor toestemming.
- Ik weet dat sommige mensen mijn gegevens kunnen zien. Meer informatie hierover staat in de brochure 'Medisch-wetenschappelijk onderzoek: algemene informatie voor de proefpersoon'. De brochure vind je op [www.youthonderzoek.nl/downloads](http://www.youthonderzoek.nl/downloads).
- Ik weet dat de herleidbare onderzoeksgegevens na afronding van het onderzoek minimaal 15 jaar bewaard worden.
- Ik weet dat andere onderzoekers buiten de Universiteit Utrecht mijn gecodeerde gegevens kunnen gebruiken voor onderzoek. Mijn persoonsgegevens zijn voor deze onderzoekers niet toegankelijk.
- Ik ben op de hoogte van de klachtenprocedure en weet waar ik terecht kan met eventuele klachten.
- Ik geef toestemming voor het opvragen van mijn gegevens uit de gemeentelijke Basisregistratie Personen (BRP).
- Ik geef toestemming aan de onderzoekers van YOUth om mij opnieuw te benaderen als aanvullende gegevens nodig zijn.
- Ik weet dat de onderzoekers van YOUth mij opnieuw benaderen voor de vervolgrondes van YOUth. Ook weet ik dat de onderzoekers van YOUth mij kunnen benaderen voor mogelijk extra onderzoek. Als ik opnieuw word benaderd, kan ik op dat moment aangeven of ik wel of niet wil deelnemen.



## TOESTEMMINGSVERKLARING – PARTNER

VOOR DEELNAME AAN HET WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK YOUTH BABY & KIND

Persoonsnummer **YB** Dit nummer ontvang je tijdens het eerste bezoek aan het KinderKennisCentrum.

\* Doorhalen wat niet van toepassing is

- Ik geef wel / geen \* toestemming voor het afnemen van bloed uit de navelstreng na de geboorte van mijn kind.
- Ik geef wel / geen \* toestemming voor bloedafname bij mij.
- Ik geef wel / geen \* toestemming voor afname van wangslijmvlies bij mij.
- Ik geef wel / geen \* toestemming voor het raadplegen van gegevens bij mijn huisarts.
- Ik geef wel / geen \* toestemming voor het raadplegen van gegevens bij mijn tandarts.
- Ik geef wel / geen \* toestemming voor het raadplegen van gegevens bij de GGD.
- Ik geef toestemming voor het opvragen van gegevens van mij en/of mijn kind bij landelijke registraties:
  - Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, voor etnische achtergrond, opleiding, doodsoorzaken) Ja/nee \*
  - Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) Ja/nee \*
  - Het Psychiatrisch Casusregister (PCR) Ja/nee \*
  - Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK, voor apotheekgegevens) Ja/nee \*
  - Ziektelastkostenverzekeraars (bijvoorbeeld Achmea) Ja/nee \*

**Uitleg over dit onderdeel vind je op [www.youthonderzoek.nl/toestemming](http://www.youthonderzoek.nl/toestemming)**

- Ik wil op de hoogte gehouden worden over de algemene resultaten van het onderzoek. Het betreft hier geen individuele resultaten. Ja/nee \*
- Ik geef toestemming om de gegevens, de echo's en het biologisch materiaal te gebruiken voor de doelen die in de informatiebrochure staan, namelijk onderzoek naar de ontwikkeling van gedrag, afwijkingen in gedrag en hersenontwikkeling.
- Ik ga akkoord met deelname aan dit onderzoek.

Naam

Handtekening

Datum

In te vullen door de onderzoeker:

- Ik verklaar hierbij dat ik bovengenoemde persoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.
- Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer kan beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker

Handtekening

Datum

- Aanvullende informatie is gegeven door (indien van toepassing):

Naam onderzoeker

Functie

Handtekening

Datum