

Ik bevestig dat ik de deelnemer informatiebrief van Acutelines (versie 6) heb kunnen lezen. Ik heb de gelegenheid gehad om vragen over de folder en brief te stellen, welke in voldoende mate zijn beantwoord. Ik heb voldoende tijd gehad om over deelname na te denken. Het al of niet beschikbaar stellen van mijn (medische) gegevens verandert niets aan de relatie met mijn behandelend arts. Ik neem geheel vrijwillig deel aan Acutelines waarin mijn (medische) gegevens voor onbepaalde tijd worden opgeslagen voor onderzoek op het gebied van de acute geneeskunde, zoals beschreven in de informatiebrief. Ik weet dat ik het recht heb om op elk moment en zonder opgave van reden mijn toestemming weer in te trekken. Ook weet ik dat dit geen negatieve gevolgen heeft voor mijn medische behandeling. Mij is uitgelegd dat anderen dan mijn behandelend arts onderzoek mogen doen met de verzamelde (medische) gegevens. Ik begrijp dat de (medische) gegevens worden gecodeerd voordat ze beschikbaar worden gesteld aan een onderzoeker, waardoor deze niet weet van wie de gegevens afkomstig zijn. Mijn persoonsgegevens zoals mijn naam, adres, telefoonnummer zullen niet worden verstrekt aan derden, tenzij dit noodzakelijk is om informatie van elders op te vragen zoals beschreven in de deelnemer informatiebrief.

Door ondertekening geef ik toestemming voor onderstaande onderdelen, zoals beschreven in de deelnemer informatiebrief van Acutelines:

- Ik geef toestemming om zo nodig mijn huidige en toekomstige gegevens bij de (verpleeg)huisarts, apotheek, ambulancezorg, mobiel medisch team op te vragen, zoals benoemd in de deelnemer informatiebrief;
- Ik geef toestemming om de basisregistratie personen te raadplegen om te weten te komen of en, indien van toepassing, wanneer ik overleden ben;
- Ik geef toestemming om de gegevens bij onderzoek te gebruiken waarbij wordt samengewerkt met commerciële bedrijven;
- Ik geef toestemming om de gegevens te delen met partijen buiten de Europese Unie waar de AVG richtlijnen voor de bescherming van persoonsgegevens niet gelden, mits dit noodzakelijk is voor het onderzoek en de gegevens gecodeerd worden overgedragen zonder mijn naam;
- Ik geef toestemming om mij te benaderen voor het verstrekken van extra gegevens na het huidige bezoek, zoals benoemd in de deelnemer informatiebrief;
- Ik geef toestemming om mijn huidige en toekomstige gegevens, zoals benoemd in de deelnemer informatiebrief, voor onbepaalde tijd te bewaren en gecodeerd beschikbaar te stellen voor toekomstig onderzoek binnen de doelstellingen zoals beschreven in de informatiebrief.

Voor de volgende optionele onderdelen geef ik:

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> wel | <input type="checkbox"/> geen | toestemming om gegevens op te vragen uit centrale registratiesystemen, zoals IKNL, PALGA, en IADB; |
| <input type="checkbox"/> wel | <input type="checkbox"/> geen | toestemming om gegevens op te vragen bij mijn de zorgverzekeraar/zorgkantoor (v.w.b. langdurige zorg) waar ik ben verzekerd op te vragen; |
| <input type="checkbox"/> wel | <input type="checkbox"/> geen | toestemming om, indien van toepassing, gegevens met betrekking tot mijn doodsoorzaak op te vragen bij het CBS; |
| <input type="checkbox"/> wel | <input type="checkbox"/> geen | toestemming om benaderd te worden om deel te nemen aan een eventueel vervolgonderzoek; |
| <input type="checkbox"/> wel | <input type="checkbox"/> geen | toestemming om zo nodig nogmaals onderzoeksgegevens, zoals benoemd in de informatiebrief, te verzamelen, voor onbepaalde tijd te bewaren en beschikbaar te stellen voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek voor de doelstellingen beschreven in de informatiebrief, indien ik binnen één jaar vanaf nu opnieuw de SEH bezoek. |
- Informeer mij als er een toevalsbevinding wordt gedaan.

Patiëntgegevens:	M / V Naam: _____ Geboortedatum: _____ <i>(of patiëntsticker plakken)</i>
Emailadres:	
Handtekening:	

Ik verklaar dat ik bovengenoemde persoon over zijn/haar voorgenomen deelname aan Acutelines heb ingelicht en verklaar mij bereid nog opkomende vragen over naar vermogen te beantwoorden.

Naam onderzoeks-medewerker: (voorletters, achternaam)	
Datum:	
Handtekening:	

De deelnemer ontvangt een ondertekende kopie van de informatiebrief en toestemmingsformulier, het origineel blijft in het UMCG; dit wordt opgeslagen onder verantwoordelijkheid van de beheerder van de bank.