

Toestemmingsformulier hersendonatie

Gegevens

Naam : _____

Voornamen : _____

Geslacht : man/vrouw

Geboortedatum : ____ -- ____ -- ____

Adres : _____

Postcode : _____

Woonplaats : _____

Telefoon : _____

E-mail (eventueel) : _____

Gegevens Huisarts

Naam huisarts : _____man/vrouw

Adres : _____

Postcode, plaats : _____

Telefoonnummer : _____

Ik heb de informatiefolder “hersendonatie aan 100-plus onderzoek” over de procedure van donatie van hersenweefsel, gelezen en begrepen. Met mijn ondertekening geef ik toestemming om na mijn overlijden obductie te verrichten. Ik ga ermee akkoord dat het uitgenomen lichaamsmateriaal zal worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek en wordt bewaard voor onbepaalde tijd. Ik stem ermee in dat bij deze procedure de volgende weefsels worden uitgenomen.

SVP voor akkoord aankruisen (zie toelichting):

- 0 Hersenen
- 0 Huid voor opzetten cellijn (optioneel)
- 0 cervicale Lymfeklieren (optioneel)

Ik heb 0 WEL / 0 GEEN bezwaar tegen het uitvoeren van een MRI-scan na mijn overlijden voorafgaand aan de obductieprocedure.

Ik heb 0 WEL / 0 GEEN bezwaar tegen het verstrekken van het neuropathologisch verslag aan mijn nabestaanden.

- Het 100-plus onderzoek mag mijn medisch dossier bij mijn huisarts opvragen.
- Het 100-plus onderzoek mag mijn medische gegevens verwerken en voor onbepaalde tijd bewaren voor wetenschappelijk onderzoek.
- Het 100-plus onderzoek mag mijn lichaamsmateriaal en een samenvatting van mijn medische gegevens geanonimiseerd delen met onderzoekers waarmee een samenwerking is aangegaan.
- Ik begrijp dat ik mijn toestemming te allen tijde, zonder opgaaf van reden, kan intrekken.

Ondertekenen door de donor:

Plaats: _____

Handtekening: _____

Datum: ____ -- ____ -- ____

Medeondertekening (in te vullen door een dierbare)

Ik verklaar hierbij kennis te hebben genomen van de beslissing van mijn dierbare, om na overlijden hersendonatie te laten verrichten. Ik ben op de hoogte van de consequenties van registratie als hersendonor en van de procedure rondom hersendonatie. Ik begrijp dat, tenzij mijn dierbare de toestemming intrekt, deze van kracht zal blijven, ongeacht het tijdsverloop sinds de ondertekening.

Naam : _____

Voornamen : _____

Geslacht : man / vrouw

Geboortedatum : ____ -- ____ -- ____

Relatie tot de donor : _____

Adres : _____

Postcode : _____

Woonplaats : _____

Telefoon privé : _____

Ik wil de overledene ☐ WEL ☐ NIET zien na overlijden, voorafgaand aan het vervoer naar het ziekenhuis.

- Indien de overledene heeft aangegeven geen bezwaar te hebben tegen het verstrekken van het neuropathologisch verslag aan de nabestaanden en u hier graag over geïnformeerd wilt worden, neem dan contact op met de medewerkers van het 100-plus onderzoek. Dit verslag zal dan ongeveer anderhalf jaar na het overlijden beschikbaar zijn bij de behandelend arts van de overledene. U krijgt hierover t.z.t. bericht.

Ondertekenen door dierbare:

Plaats: _____

Handtekening:

Datum: ____ -- ____ -- ____
