

VERKLARING BEHANDELAAR

Titel project: Behandeling van ADHD met de gebruikelijke zorg in vergelijking met een dieetbehandeling (TRACE)

Naam kind:

Geboortedatum:

Ik stem ermee in de informatie uit het medisch dossier* over bovenstaande patient te delen met de onderzoekers/behandelaars van het project TRACE in het kader van het TRACE-onderzoek.	0 ja
Ik stem ermee in veranderingen in het behandeltraject te communiceren naar de onderzoekers/behandelaars van het project TRACE in het kader van het TRACE-onderzoek.	0 ja
Ik stem ermee in dat bij patiënten die een dieetbehandeling krijgen, het dossier nog drie maanden na start van de dieetbehandeling open blijft, zodat de gebruikelijke zorg geboden kan worden binnen mijn instelling indien de dieetbehandeling onvoldoende effectief is of er ander zorg nodig is.	0 ja
Ik stem ermee in dat patiënten gedurende hun deelname aan TRACE zich onmiddellijk kunnen heraanmelden indien gebruikelijke zorg nodig is	0 ja

*Eindbrief diagnostiek/psychologisch onderzoek, welke behandelingen er in het behandeltraject hebben plaatsgevonden

Naam:.....

Geboortedatum:..... (dd/mm/jjjj)

Handtekening:.....

Datum en plaats:.....