

TOESTEMMINGSFORMULIER

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

Naam kind:

Geboortedatum:

Ik ga ermee akkoord dat de instelling waar mijn zoon/ dochter staat ingeschreven informatie uit het medisch dossier* deelt met de onderzoekers/behandelaars van het project TRACE in het kader van het TRACE-onderzoek.	0 ja
--	------

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

In te vullen door beide ouders van de patient of de wettelijk vertegenwoordiger van de patient:

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

Handtekening:..... Datum en plaats:.....

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

Handtekening:..... Datum en plaats:.....

Indien patiënt 12 jaar of ouder is, dient patiënt ook hieronder toestemming te verlenen:

Ik ga ermee akkoord dat de instelling mijn persoonlijk informatie uit het medisch dossier* deelt met de onderzoekers/behandelaars van het project TRACE in het kader van het TRACE-onderzoek.	0 ja
--	------

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

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

Handtekening:..... Datum en plaats:.....