



BETER nummer:.....

## Toestemmingsformulier BETER-registratie

Ik verklaar hierbij dat ik de schriftelijke informatie heb gelezen met de titel “BETER\*-poli informatie, Registratie van late effecten van de behandeling van (non-)Hodgkinlymfoom.”

Ik ben erover geïnformeerd dat mijn deelname bestaat uit het geven van toestemming voor het opnemen van mijn gegevens in de landelijke BETER-registratie. Het gaat om gegevens over mijn behandeling voor het (non-)Hodgkinlymfoom, gegevens over de late effecten van deze behandeling, en gegevens over de screeningsonderzoeken die ik daarvoor onderga.

Mijn gegevens zullen worden gebruikt voor evaluatie van de screening en voor wetenschappelijk onderzoek naar de late effecten van behandeling voor (non-)Hodgkinlymfoom. Mijn gegevens worden behandeld volgens de regels van de Nederlandse privacywetgeving. Mijn naam en adres worden niet opgenomen in de landelijke BETER-registratie en worden niet verstrekt aan onderzoekers.

Deelname aan de BETER-registratie is vrijwillig. Als ik geen toestemming geef, of als ik nu meedoe maar later mijn toestemming weer intrek, dan heeft dit geen gevolgen voor mijn zorg en eventuele behandeling.

### Ondertekening

Ik geef de bevoegde artsen en onderzoekers toestemming om:

Medische gegevens over vroegere diagnoses en behandelingen samen met de gegevens uit de BETER-vragenlijst op te slaan in de landelijke BETER-registratie  Ja  Nee

*In de toekomst* gegevens over mij op te vragen bij landelijke medische registraties en deze toe te voegen aan de landelijke BETER-registratie  Ja  Nee

*In de toekomst* gegevens over mijn gezondheid op te vragen bij mijn huisarts en/of medisch specialisten en deze toe te voegen aan de landelijke BETER-registratie  Ja  Nee

..... Naam	.....-.....-..... Geboortedatum
..... Handtekening	.....-.....-..... Datum

\* BETER: **B**etere zorg na (non-)Hodgkinlymfoom: **E**valuatie van en screening op lange**T**ermijn**E**ffecten van chemotherapie en **R**adiotherapie