

**Bijlage VII Formulier voor intrekken eerder verleende toestemming voor:**

**Centrum voor persoonlijke kankertherapie (CPCT): Het verkrijgen van een biopt bij patiënten met vergevorderde of uitgezaaide kanker (CPCT - 02 bioptenprotocol)**

Officiële titel: *Development of a platform for next-generation DNA sequencing based personalized treatment for cancer patients: Protocol to obtain biopsies from patients with locally advanced or metastatic cancer (CPCT - 02 biopsy protocol)*

Ik geef hiermee te kennen dat ik mijn deelname aan de CPCT-02 studie intrek. Dit betekent dat van mij geen nieuw lichaamsmateriaal meer mag worden afgenomen en geen medische gegevens meer mogen worden verzameld voor gebruik binnen de CPCT-02 studie.

Ik begrijp dat lichaamsmateriaal dat bij mij is afgenomen en al in een onderzoek is bewerkt, niet wordt teruggehaald of wordt vernietigd. Voorts ben ik mij bewust dat de medische gegevens die in een onderzoek zijn gebruikt niet worden teruggehaald of vernietigd. Dit lichaamsmateriaal en deze medische gegevens blijven gecodeerd ter beschikking van degene die het onderzoek uitvoert.

Over het van mij nog opgeslagen lichaamsmateriaal ten behoeve van de CPCT-02 studie verklaar ik dat mijn lichaamsmateriaal:

- nog steeds gebruikt mag worden volgens het door mij eerder ondertekende toestemmingsformulier;
- vernietigd moet worden.

Naam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Ziekenhuis/ instelling: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_

---

*Als u terug komt in het ziekenhuis/ de instelling waar u heeft deelgenomen aan de CPCT-02 studie dan kunt u dit getekende formulier overhandigen aan uw behandeld arts aldaar.*

*Indien dit niet geval is, dan u kunt het origineel getekend formulier opsturen naar Nationaal Trialmanager CPCT-02 studie (postzegel is niet nodig):*

*Erasmus MC  
t.a.v. E. Louwman  
Clinical Trial Center, kamer Ee21-18  
Antwoordnummer 55  
3000 WB Rotterdam*

*De Nationaal Trialmanager zal document doorsturen naar onderzoeker van betreffende instelling.*

---

Ik verklaar kennis genomen te hebben van het intrekken van de toestemming door de bovenvermelde patiënt en zoals hierboven omschreven.

Ziekenhuis/instelling: \_\_\_\_\_

Naam onderzoeker betreffende instelling: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_