

Bijlage 2: Intrekkingsformulier

FETASTIC: FEtal health ASsessmentT at the UMC Utrecht

Ik geef hiermee te kennen dat ik mijn deelname aan deze registratie intrek. Dit betekent dat van mij geen nieuwe (medische) gegevens meer mogen worden verzameld voor toekomstig onderzoek naar foetale gezondheid.

Ik begrijp dat de (medische) gegevens die in een onderzoek zijn gebruikt niet worden teruggehaald of vernietigd. Deze (medische) gegevens blijven gecodeerd ter beschikking van degene die het onderzoek uitvoert.

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Datum:

Handtekening:

Formulier opsturen naar het geboortecentrum WKZ of mailen naar
WKZGeboortecentrum@umcutrecht.nl:

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

Instelling: UMC Utrecht

Naam afdelingshoofd: _____

Datum: _____

Handtekening _____