



**Formulier voor schriftelijke toestemming voor het opslaan van uw gegevens t.b.v. het clusterhoofdpijn onderzoek**

Naam	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>
Telefoon	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>
Ondergetekende geeft toestemming voor het opslaan van gegevens	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Ondergetekende geeft toestemming om benaderd te worden voor genetisch onderzoek en voor de afname van 1-2 buisjes bloed**	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Ondergetekende geeft toestemming om telefonisch of per brief benaderd te worden voor verder onderzoek	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Ondergetekende geeft toestemming de LUCA nieuwsbrief digitaal te ontvangen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
<b>Handtekening</b> (nadat u dit formulier uitgeprint hebt)	.....
<b>U kunt dit formulier afdrukken op uw printer en ondertekenen op de aangegeven plaats. Gaarne het binnen 2 weken op te sturen naar onderstaand adres. Er is geen postzegel nodig!</b>	
<b>Leids Universitair Medisch Centrum t.a.v. Clusterhoofdpijnonderzoek, Afdeling Neurologie, K5Q Antwoordnummer 10392, 2300 WB Leiden</b>	

\*Voor uitgebreide informatie over deze onderzoeken verwijzen we u naar de website:

Erfelijkheids/genetisch onderzoek:

<https://www.lumc.nl/org/hoofdpijn-onderzoek/onderzoek/clusterhoofdpijn/erfelijkeid/>