



Skjema for samtykke - Barn under 12 år		
Register Kvalitetsregister for mitokondriesykdom / POLG relatert sykdom		Prosjektnummer 2012/5509
Registeransvarligs navn Laurence A. Bindoff	Klinikk/avdeling Nevrologisk avdeling	
<p>Jeg har på vegne av barnet lest informasjonsskrivet ”forespørsel om registrering i Kvalitetsregister for mitokondriesykdom / POLG relatert sykdom”, og er gjort kjent med registerets formål, hvilke personopplysninger som skal registreres, hvor opplysningene hentes fra, hvordan utlevering av opplysninger skal foregå, og hvilke rettigheter mitt barn har med hensyn til innsyn, endring og sletting av opplysninger i registeret.</p> <p>Jeg er kjent med at opplysninger hentes fra mitt barns journal, som vil være en del av registeret. Innsamlede prøver og opplysninger vil bare bli brukt i kvalitetssikring av pasientbehandling og i forskning om Kvalitetsregister for mitokondriesykdom / POLG relatert sykdom.</p>		
Jeg samtykker på vegne av barnet herved i at prøver og opplysninger om barnet inngår i Kvalitetsregister for mitokondriesykdom / POLG relatert sykdom .	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Jeg samtykker på vegne av barnet herved i at prøver og opplysninger om barnet kan inngå i forskningsprosjekter innenfor dette området.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnets navn med blokkbokstaver		Barnets fødselsnummer (11 siffer)
Dato	Foresattes underskrift	Rolle (mor/far/verge)
Når du har fylt ut og signert skjemaet, kan du bruke vedlagte svarkonvolutt og returnere skjemaet til oss. Porto er forhåndsbetalt.		
Fylles ut av representant for registeret		
Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om Kvalitetsregister for mitokondriesykdom / POLG relatert sykdom :		
Dato	Underskrift	Brukerkode (4-tegnskode)
Eventuelle kommentarer:		