



Skjema for samtykke - Voksne over 16 år

Register Kvalitetsregister for mitokondriesykdom / POLG relatert sykdom		Prosjektnummer 2012/5509
Registeransvarligs navn Laurence A. Bindoff	Klinikk/avdeling Nevrologisk avdeling	
<p>Jeg har 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 jeg har med hensyn til innsyn, endring og sletting av opplysninger i registeret.</p> <p>Jeg er kjent med at opplysninger hentes fra min journal, som vil være en del av registeret. Innsamlede prøver og opplysninger vil bare bli brukt i kvalitetssikring av pasientbehandling og i forskning om mitokondriesykdom / POLG relatert sykdom.</p>		
Jeg samtykker herved i at prøver og opplysninger om meg inngår i Kvalitetsregister for mitokondriesykdom / POLG relatert sykdom	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Jeg samtykker herved i at prøver og opplysninger om meg kan inngå i forskningsprosjekter innenfor dette området.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navn med blokkbokstaver	Fødselsnummer (11 siffer)	
Dato	Underskrift	
<p>Når du har fylt ut og signert skjemaet, kan du bruke vedlagte svarkonvolutt og returnere skjemaet til oss. Porto er forhåndsbetalt.</p>		
Fylles ut av representant for registeret		
<p>Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om Kvalitetsregister for mitokondriesykdom / POLG relatert sykdom</p>		
Dato	Underskrift	Brukerkode (4-tegnskode)
Eventuelle kommentarer:		