



SAMTYKKEERKLÆRING

INNHEMING AV OPPLYSNINGER/ DIAGNOSEVERIFISERING

Sted: Dato: Familienr.:

I forbindelse med familieutredning for mistenkt arvelig sykdom, samtykker jeg til innhenting av journalopplysninger fra sykehus jeg har vært behandlet ved/ resultater av eventuell genetisk testing/ opplysninger fra nasjonale registre.

Jeg samtykker i at opplysninger kan formidles til Medisinsk genetisk avdeling.

Jeg er innforstått med at disse opplysningene vil brukes til å vurdere muligheten for arvelig sykdom i min familie.

Navn:

Fødselsdato/personnr:

Adresse:

Behandlet/utredet ved: Årstall:

.....
(Dato/underskrift til den som samtykker)

Undertegnede er mor/ far/ søster/ datter/ bror/ sønn/ annet (spesifiser) til:

Navn:.....

Født:.....

Returadresse:

Medisinsk genetisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge, Boks 55, 9038 TROMSØ