

Samtycke till genetisk undersökning *(Consent form for genetic analysis)*

Vissa genetiska analyser utförs vid utländska laboratorier som kräver skriftligt medgivande av patienten. Patienten måste därför signera detta formulär.

Some genetic tests are performed at foreign laboratories that demand written patient consent. The patient must therefore sign this form.

Med min signatur nedan bekräftar jag att:

With my signature below I declare that:

- Jag har fått information om och samtycker till den genetiska undersökning som efterfrågas på det prov jag (mitt barn) lämnat. Jag är medveten om att analysen kan komma att utföras vid ett laboratorium utomlands. Jag vet att jag har rätt att återkalla detta samtycke.
I have received medical briefing about the genetic analysis planned on the samples taken on me (my child) and I give my consent to the investigation. I understand that the analysis may be performed abroad. I am aware of my right to revoke my consent to analysis of the samples.
- Jag ger mitt samtycke till att mina personuppgifter och provresultatet lagras på papper och elektroniskt i enlighet med gällande lagkrav.
I give my consent to the storage of my data on papers as well as on electronic media according to legal requirements.
- Jag ger mitt samtycke till att analysresultaten kan publiceras i vetenskapligt syfte under förutsättning att alla personuppgifter hålls konfidentiella.
I give my consent to publication of the test results for scientific purposes, under the prerequisite that patient identifiers are kept confidential.
- Jag ger samtycke till överföringen av mina personuppgifter till ett datasystem som används för att utfärda en faktura.
I give my consent to the transfer of my data to a computerized billing system for the purpose of issuing an invoice.

Var god behåll en kopia av detta formulär. Om du har några frågor eller vill återkalla ditt samtycke kontakta Klinisk Genetik, Karolinska Universitetssjukhuset, tel 08 5177 2472.

Please, keep a copy of this form. If you have any questions or would like to revoke your consent, please contact Klinisk Genetik, Karolinska Universitetssjukhuset, phone 08 5177 2472.

_____ den _____
Ort (City) Datum (Date)

Signatur (Signature) Personnummer (ID no) Namnförtydligande (Printed name)