EpiHealth

ÅTERTAGANDE AV INFORMERAT SAMTYCKE

Undertecknad önskar återta delar av eller helt sitt tidigare informerat samtycke för deltagande i EpiHealth.

Genom att signera denna blankett, återtar jag delar av eller helt mitt tidigare informerat samtycke enligt följande:

Jag tillåter att EpiHealth lagrar mina blodprov i en biobank.

JA ☐ **NEJ** ☐

Jag tillåter att EpiHealth lagrar mitt DNA i en biobank.

JA ☐ **NEJ** ☐

Jag tillåter att EpiHealth får inhämta uppgifter om mig från offentliga register och kvalitetsregister, enligt den specifika information jag fått i EpiHealths informationsbroschyr.

JA ☐ **NEJ** ☐

Jag tillåter att EpiHealth får tillgång till mina mediciniska journaler och använder dessa för hälsorelaterad forskning.

JA ☐ **NEJ** ☐

Jag vill **inte** bli kontaktad av EpiHealth angående framtida uppföljningar, men EpiHealth får använda sig av redan insamlade data, mätresultat och prover.

JA ☐ **NEJ** ☐

Jag tar tillbaka mitt **totala** samtycke att delta i EpiHealth och vill inte att EpiHealth använder redan insamlade data, mätresultat eller prover för framtida analyser och jag vill inte att ni kontaktar mig igen.

JA ☐ **NEJ** ☐

☐☐☐☐ – ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

Deltagarens personnummer

.....

Deltagarens namnteckning

.....

Datum

.....

Deltagarens namnförtydligande

.....

Ort