

## SAMTYKKEERKLÆRING

Vedr. mig selv

Vedr. mit barn

Vedr. umyndig person

Afdødt familiemedlem

Familierelation: \_\_\_\_\_

Dato ved død: \_\_\_\_\_

**CPR-nr.:**

**Tlf./mobiltlf.** \_\_\_\_\_

**Fulde navn:**

Behandlet på følgende sygehus/afd.: \_\_\_\_\_

Diagnoser/årstal: \_\_\_\_\_

Oplysninger fra hospitalsjournaler, røntgenbilleder, laboratorieundersøgelser m.m. må

videregives til:

Klinisk Genetisk Afd., Aalborg Sygehus

Ja

Nej

Andre klinisk genetiske afdelinger

Ja

Nej

Der må udføres undersøgelser på væv/andre prøver gemt fra tidligere operationer, undersøgelser o.lign.

Ja

Nej

Materiale fra blodprøver, ovennævnte prøver o.lign. må opbevares med henblik på evt. senere analyser

Ja

Nej

Der må sendes oplysninger til:

DBC (Register for brystkræft)

Ja

Nej

HNPCC, FAP (Registre for arvelig disposition til tarmkræft)

Ja

Nej

(Nærmere forklaring om registre følger ved samtale på Klinisk Genetisk Afdeling)

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_