

SAMTYKKEERKLÆRING

Vedr. mig selv

Vedr. mit barn

Vedr. umyndig person

Afdødt familiemedlem

Familierelation: _____

Dato ved død: _____

CPR-nr.

Tlf./mobiltlf. _____

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

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

Ja

Nej

Dato: _____

Underskrift: _____