Samtycke till långtidsförvaring av prov

Lämnas av patient som ger samtycke till långtidsförvaring av prov i **högst två år**, på Laboratoriemedicin, Östersunds sjukhus enligt behandlande läkares önskemål och där biobanksavtal saknas. Provet ska vara märkt med patientens namn och personnummer samt provtagningsdatum.

Prov taget den får sparas för

Vård och behandling (egen)

Utbildning av vårdpersonal, kvalitets- och utvecklingsarbete inom vården

Datum:

Patientens namn:

Personnummer:

Underskrift:

Prov enligt ovan sparas enligt behandlande läkares önskemål på Laboratoriemedicin, Östersunds sjukhus, förutsatt att patienten

* givit sitt samtycke
* informerats om möjlighet till ändring av samtycke genom ifyllande av blankett [E1 Ändring av samtycke](https://biobanksverige.se/wp-content/uploads/2023/10/e1-andring-av-samtycke.pdf)

*Ifylls av behandlande läkare:*

Sparas t.o.m. datum:

Behandlande läkare:

Klinik:

Obs! kopia av ifylld blankett lämnas till patient