



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

Ifylls av behandlande läkare:

Sparas t.o.m. datum:

Behandlande läkare:

Klinik:

Obs! kopia av ifylld blankett lämnas till patient