

Samtykke til offentliggørelse af sygehistorie
Informed consent to the publication of case report

ansvar: ref1000
Tlf. 7845 000
www.auh.dk

Patient navn og adresse

[Redacted patient name and address box]

mid
regionmidtjylland

Med min underskrift giver jeg samtykke til, at min sygehistorie må offentliggøres i et medicinsk tidsskrift, efter anonymisering af alle oplysninger (tekst, foto mv), som kan være henførbare til min person. Jeg har gennemset og godkendt det materiale, som tænkes offentliggjort. Offentliggørelsen sker alene i videnskabeligt øjemed. Den påvirker ikke min behandling ved afdelingen.

Dato 6.8.20

REF.

christian.hvas@auh.rm

With my personal signature below, I hereby consent to the publication of my case report in a medical journal and following anonymizing of all details (text, photos etc) that may identify me as a person. I have seen and approved the material prepared for publication. Publication has scientific purposes alone. It will not affect my treatment at the department.

Side

19/1-18

Dato / Date

[Redacted signature]

Underskrift / signature

~~Christian L. Hvas~~

Ansvarlig læge navn / treating physician's name

19. JAN. 2018

Dato / Date

~~[Redacted signature]~~

Underskrift / signature

Christian Lodberg Hvas
ph.d.
Gastro-Gastroenterologisk
Aarhus Universitetshospital
8000 Aarhus C

Projekt: Samtykke til publikation af case report
Version 01, 7.1.2018

Aarhus Universitetshospital