

## PATIENTGODKÄNNANDE

### MAGTARMSJUKDOMAR SKOPI

Till deltagandet i studien "Magtarmsjukdomar skopi" och till behandling av personuppgifter. Dessutom samtycker jag till att proverna sparas i biobank.

Jag har muntligen och skriftligen informerats om den aktuella studien och haft tillfälle att i lugn och ro läsa igenom informationen och att ställa frågor. Jag får också en kopia på des skriftliga informationen och mitt samtycke.

Genom min underskrift samtycker jag till:

Att delta i studien

Att uppgifter ur min journal får hämtas som angivits i den skriftliga informationen

Att mina personuppgifter behandlas som beskrivits

Att biopsier och blodprover sparas i en biobank

Jag är medveten om att deltagandet är frivilligt, samt att jag när som helst och utan att ange orsak kan avbryta mitt deltagande och begära att mina prover förstörs utan att det påverkar mitt framtida omhändertagande

Namn:

Jan Nilsson

Personnummer:

510913-4014

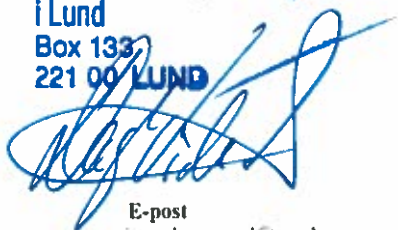
Ort:

Malmö

Datum:

2014-09-30

Regionala etikprövningsnämnden  
i Lund  
Box 133  
221 00 LUND





Namnteckning

*[Signature]*

Jag har förklarat studiens upplägg och syfte för ovanstående patient.

Forskningsledare/behandlande läkare:

*Bodil Ohlsson*

Namnteckning

*Bc*

Bodil Ohlsson

Professor, överläkare

Internmedicinska kliniken, SUS, Malmö

040-33 23 23, bodil.ohlsson@med.lu.se

Regionala etikprövningsnämnden  
i Lund  
Box 133  
221 00 LUND

*[Signature]*

Postadress  
Box 133  
221 00 Lund

Bankgironr  
793-9861

Organisationsnr  
202200-1560

Besöksadress  
Sandgatan 1

Telefon  
046-2224312

E-post  
[irene.barsegard@epn.lu.se](mailto:irene.barsegard@epn.lu.se)



## Patient consent

For participation in the study, Gastrointestinal diseases and endoscopy, and for processing of personal data. In addition I consent to allow the samples to be stored in the biobank.

I have been provided with both written and oral information about relevant study and have had the opportunity to read the information in peace and quiet and to ask questions. I will also receive a copy of the written information and my consent form. Through my signature, I agree:

To participate in the study

That information from my medical records may be obtained and used as stated in the written information

That my personal information to be processed as described

That biopsies and blood samples will be stored in a biobank

I am aware that my participation is completely voluntary, and that I may discontinue my participation at any time and without further explanation and request that my samples will be destroyed without affecting my future care and treatment.

Regionala etikprövningsnämnden  
i Lund  
Box 133  
221 00 LUND



E-post  
[irene.barsegard@epn.lu.se](mailto:irene.barsegard@epn.lu.se)

Postadress  
Box 133  
221 00 Lund

Bankgiro nr  
793-9861

Organisationsnr  
202200-1560

Besöksadress  
Sandgatan 1

Telefon  
046-2224312