

Samtycke till genetisk analys och behandling av personuppgifter

Genom att underteckna detta formulär ger jag mitt samtycke till att en genetisk analys utförs på min anhöriga med syfte att hitta eventuella sjukdomsorsakande förändringar i min anhörigas gener. För detta ändamål lämnar min anhöriga ett blodprov. Samtycket avser även att prov och personuppgifter får sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet enligt biobankslagen.

Samtycket avser min anhöriga

Namn: _____ Personnummer: _____

Adress: _____

Släktskap (tex mor, far, syster) : _____

Om det visar sig att sjukdomen hos din anhöriga orsakats av en genetisk förändring kan det innebära en ökad risk för biologiska släktingar att drabbas av samma sjukdom.

Jag önskar själv ta del av resultatet från den genetiska analysen. JA NEJ

Resultatet av analysen kan delges andra biologiska släktingar. JA NEJ

Har du eller anhöriga frågor går det bra att vända sig direkt till Caroline Graff eller Genetisk vägledare Mikaela Cruz Delgado.

Ort och datum _____

Namnteckning _____

Namnförtydligande _____

Personnummer _____

Caroline Graff

Spec. läkare,
Professor
Forskningsledare

Postadress

Mottagning för Ärftliga
Demenssjukdomar
QA22, Tema Åldrande
Karolinska Universitetssjukhus
Karolinska vägen 37A
171 64 SOLNA

Telefon

08-585 864 71

E-post

caroline.graff@ki.se
genetisk.vagledare.demens.karolinska@sll.se