



INFORMERAT SAMTYCKE

Undertecknad har tagit del av den skriftliga informationen.

Jag accepterar att delta i register och forskningsstudie rörande medfödda avvikelser i könsutvecklingen (I-DSD), och har förstått att deltagandet är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst utan någon förklaring.

Jag godkänner

att mina/mitt barns data sparas i I-DSD registret

att data används på det sätt som beskrivits i den skriftliga informationen till mig/mitt barn som patient i registret, och vet att samtycket när som helst kan återkallas av mig.

Jag önskar inlogg för att kunna se egna data i registret och lämnar därför min email adress nedan för att det ska kunna skickas till mig.

Datum:

Underskrifter

Patientens namn och personnummer:

Vårdnadshavare:

Vårdnadshavare:

Email om inlogg önskas:

Behandlande läkare: