

BIOBANKSAMTYCKE



Genom att underteckna denna blankett bekräftar jag att jag läst och förstått bifogade Hematologiska biobankens information till provgivare gällande biobanksforskningens karaktär samt möjliga nackdelar och i enlighet med detta ger jag mitt samtycke till **att prover tagna i samband med vården av mig samt att uppgifter gällande mig och mitt hälsotillstånd får:**

1. samlas till biobanken och kombineras med varandra samt förvaras och behandlas i biobanken,
2. kombineras med andra registeruppgifter enligt redogörelsen för samtycke,
3. överlämnas till biobankforskning och produktutveckling även utanför Europeiska Unionen,
4. överlämnas med identifikation, om behovet är motiverat (t.ex. överlåta personbeteckningen till annat register för att kombinera material).

Därtill ger jag mitt samtycke till att biobanken får kontakta mig i följande situationer:	Ja	Nej
för att meddela mig om ett för min hälsa betydande fynd som gjorts i mitt prov,		
för att fråga mig huruvida jag vill delta i en sådan undersökning eller provtagning som detta samtycke inte gäller		
Annat att beakta:		

Jag har fått en tillräcklig redogörelse om betydelsen av att samtycket ges. Jag kan när som helst återkalla ett nu eller tidigare givet samtycke samt förbjuda att överlämnat material används utan att det på något sätt påverkar vården av min sjukdom.

Uppgifter om den som gett samtycket
Fullständigt namn på givaren av samtycket
Personbeteckning
Ort och datum
Underskrift av givaren av samtycket
Samtycket har mottagits
Ort och datum
Mottagarens namn och underskrift

Kontaktinformation:

Finlands Röda Kors, Blodtjänst
Hematologiska biobanken
PB 2, 01731 Vanda

Tel: 029 300 1010
fhrb@veripalvelu.fi, www.hematologinenbiopankki.fi/sv