

Declaration of consent for analyses of neuronal autoantibodies

Samtycke till undersökning av neuronala autoantikroppar



Some tests are performed at foreign laboratories that demand written patient consent; the patient must therefore sign this form.

Vissa analyser utförs vid utländska laboratorier som kräver skriftligt medgivande av patienten, patienten måste därför signera detta formulär.

Disease, syndrome:

Frågeställning, sjukdom: _____

With my signature below, I declare that:

Med min signatur nedan bekräftar jag att:

- **I have received medical briefing about the analysis planned on the sample(s) taken on me (my child) and I give my consent to the investigation.**

Jag har fått information om och samtycker till undersökningen som efterfrågas på det prov jag (mitt barn) lämnat och jag ger mitt samtycke till utredningen.

- **I understand that the analysis may be performed abroad. I give my consent to the storage of my data on papers as well as on electronic media according to legal requirements.**

Jag är medveten om att analysen kan komma att utföras vid ett laboratorium utomlands. Jag ger mitt samtycke till att mina personuppgifter och provresultatet lagras på papper och elektroniskt i enlighet med gällande lagkrav.

- **I have been informed that I may cancel my declaration of consent at any time without giving reasons, that I may refrain from getting knowledge of the results of the analysis and that I may stop the analysis and have the sample material destroyed at any time.**

Jag förstår jag har rätt att återkalla detta samtycke när som helst utan att ange skäl för att stoppa analysen, begära att provmaterial förstörs och jag kan avstå från att få kännedom om analysresultaten

- **I have received information and give my consent that samples may be kept for future development of analysis methods for hospital care and treatment or similar activity.**

Jag har fått information om - och samtycker till - att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.

Yes / Ja

No / Nej

Patient/Parent/Legal Guardian

Patient / Förälder / Förmyndare

Signature

Signatur

Birth date (YY-MM-DD)

Födelsedata (ÅÅ-MM-DD)

Printed name

Namnförtydligande

City

Ort

Date

Datum

Please, keep a copy of this form. If you have any questions or would like to revoke your consent, please contact Wieslab Diagnostic laboratory.

Var god behåll en kopia av detta formulär. Om du har några frågor eller vill återkalla ditt samtycke kontakta Wieslab Laboratorium.

Wieslab AB, a Svar Life Science company



Lundavägen 151
SE-212 24
Malmö
+46 40 53 76 60



P.O. Box 50117
SE-202 11
Malmö
Sweden



diagnostic.services@svarlifescience.com
svarlifescience.com