

## **SAMTYKKE**

### **Genetisk utredning og gentest**

Jeg har blitt informert om at min families/min sykdom/tilstand kan skyldes en medfødt genfeil og hva en genetisk utredning og gentest innebærer for meg selv og familien.

Jeg samtykker til at Medisinsk genetisk poliklinikk, St. Olavs Hospital:

- Kan innhente nødvendige helseopplysninger om meg fra helseinstitusjoner og helseregistre i Norge.
- Kan sammenstille informasjon om meg med informasjon om min familie.
- Kan bestille gentest på biologisk materiale fra meg for å utrede årsak til sykdom.

Helseopplysningene kan bli brukt som grunnlag for utredning og helsetiltak i familien.

Samtykket kan trekkes fram til opplysningene er innhentet/gentestresultat foreligger.

Personopplysninger behandles i henhold til Personvernerklæring for St. Olavs hospital, utfyllende informasjon finnes på: <https://stolav.no/om-nettstedet/personvern>

(Skriv tydelig/bruk blokkbokstaver)

#### **Når gentestresultatet foreligger, skal dette gis ut til:**

Meg selv

Slektning:.....Fødselsnummer:.....

**Navn:**.....

**Fødselsnummer:**.....

**Telefonnummer:**.....

**Sted og dato:**.....

**Underskrift:**.....

**Returneres til:**

**St. Olavs Hospital HF  
Medisinsk genetisk poliklinikk  
Postboks 3250 Torgarden  
7006 Trondheim**