



Skjema for samtykke

- Barn under 12 år
 Ungdom 12 – 16 år
 Ungdom 16 – 18 år

Register

Norsk Kvalitetsregister Øre-Nese-Hals, Hørselsregisteret for barn

Registeransvarligs navn

Klinikk/avdeling

Jeg har lest/på vegne av barnet lest/ på vegne av ungdommen lest og informert om informasjonsskrivet «Samtykke - Forespørsel om registrering i Hørselsregisteret for barn» og er gjort kjent med registerets formål, hvilke personopplysninger som skal registreres, hvor opplysningene hentes fra, hvordan utlevering av opplysninger skal foregå, og hvilke rettigheter jeg har med hensyn til innsyn, endring og sletting av opplysninger i registeret.

Innsamlede opplysninger vil bare bli brukt i kvalitetssikring av pasientbehandling og i forskning angående barn med hørselstap.

Jeg samtykker herved i at opplysninger om barnet/ungdommen inngår i Hørselsregisteret for barn, og at disse kan inngå i kvalitetssikring og forskning angående barn med hørselstap.

Pasientens navn med blokkbokstaver

Pasientens fødselsnummer (11 siffer)

Dato

Underskrift (pasient over 16 år eller foresatte for den under 16 år)

Rolle (mor/far/verge)

Mottaker av spørreskjema til barn under 18 år

Navn på foreldre som skal motta spørreskjema på vegne av pasient

Navn og fødselsnummer, på f.eks. fosterforeldre eller verge, dersom foreldre ikke skal være mottaker av spørreskjema

Fylles ut av representant for registeret

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om Hørselsregisteret for barn:

Navn med blokkbokstaver

Dato

Underskrift

Eventuelle kommentarer: