



نموذج الموافقة	
<input type="checkbox"/> الأطفال دون ١٢ سنة <input type="checkbox"/> الشباب بين ١٢ و ١٦ سنة <input type="checkbox"/> الراشدون من ١٦ سنة وما فوق	
السجل سجل اللوزتين Tonsilleregistret	
اسم المسؤول عن السجل	العيادة/القسم
<p>لقد قرأت/نيابة عن الطفل قرأت/ نيابة عن الفتى قرأت واطلعت على كتيب المعلومات "طلب حول التسجيل في سجل اللوزتين" "Forespørgsel om registrering i Tonsilleregistret"، وأدركت أهداف السجل والمعلومات الشخصية التي سيجري تسجيلها، ومن أين ستجمع المعلومات، وكيف سيجري تسليم المعلومات، وما هي الحقوق التي لدي بالنسبة للاطلاع على المعلومات الواردة في السجل وتغييرها ومحوها. سيجري استخدام المعلومات التي يجري جمعها، فقط لضمان الجودة فيما يتعلق بعلاج المرضى وفي الأبحاث الجراحية المتعلقة باللوزتين.</p>	
أوافق بموجبه على إدراج المعلومات عني/عن الطفل/عن الفتى في سجل اللوزتين، وأن يجري إدراجها لضمان الجودة والأبحاث الجراحية المتعلقة باللوزتين.	
رقم الهوية الوطنية للمريض (١١ رمزا)	اسم المريض بالأحرف الكبيرة
التاريخ	التوقيع (المريض فوق ١٦ سنة أو ولي الأمر لمن هو دون ١٦ سنة)
الحوال	
البريد الإلكتروني	
تملاً من قبل ممثل السجل	
أصادق على أنني أعطيت المعلومات المتعلقة بسجل اللوزتين Tonsilleregistret:	
الاسم بالأحرف الكبيرة	
التاريخ	التوقيع
ملاحظات أخرى:	