



Norsk Kvalitetsregister Øre-Nese-Hals – Tonsilleregisteret

Skjema for samtykke

- Barn under 12 år
- Ungdom mellom 12 og 16 år
- Voksne fra 16 år

Register

Tonsilleregisteret

Registeransvarligs navn

Klinikk/avdeling

Jeg har lest/på vegne av barnet lest/ på vegne av ungdommen lest og informert om informasjonsskrivet «Forespørsel om registrering i Tonsilleregisteret» 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 på kirurgi av halsmandler.

Jeg samtykker herved i at opplysninger om meg/barnet/ungdommen inngår i Tonsilleregisteret, og at disse kan inngå i kvalitetssikring og forskning på kirurgi av halsmandler.

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)

Mobil

E-postadresse

Fylles ut av representant for registeret

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om Tonsilleregisteret:

Navn med blokkbokstaver

Dato

Underskrift

Eventuelle kommentarer: