



Norweski rejestr zapewniania jakości w zakresie laryngologii – Rejestr pacjentów z chorobami migdałków

(polsk)

Formularz zgody

- Dzieci poniżej 12 lat
- Młodzież pomiędzy 12 a 16 rokiem życia
- Dorośli powyżej 16 lat

Rejestr

Rejestr pacjentów z chorobami migdałków

Imię i nazwisko odpowiedzialnego za rejestr

Klinika/oddział

Przeczytałem(am)/przeczytałam(am) w imieniu dziecka/przeczytałem(am) w imieniu osoby nastoletniej pismo informacyjne "Zapytanie o wpis do rejestru pacjentów z chorobami migdałków" i zapoznałem(am) się z celem tego rejestru, tym jakiego typu informacje będą zarejestrowane, skąd są one pobierane, w jaki sposób są one udostępniane oraz jakie prawa przysługują mi w zakresie wglądu, wprowadzania zmian i usuwania informacji z rejestru.

Zebrane informacje będą wykorzystywane jedynie w celach zapewnienia jakości usług świadczonych dla pacjentów oraz do celów badawczych w zakresie chirurgii migdałków.

Niniejszym wyrażam zgodę na umieszczenie informacji o mnie/dziecku/osobie nastoletniej w Rejestrze pacjentów z chorobami migdałków oraz, że informacje te będą wykorzystywane jedynie w celach zapewnienia jakości usług świadczonych dla pacjentów oraz do celów badawczych w zakresie chirurgii migdałków.

Imię i nazwisko pacjenta drukowanymi literami

Numer personalny pacjenta (11 cyfr)

Data

Podpis (pacjent powyżej 16 lat lub opiekun osoby poniżej 16 lat)

Rola (matka/ojciec/opiekun prawny)

Nr kom.

Adres e-mail

Wypełnia przedstawiciel rejestru

Potwierdzam przekazanie informacji o Rejestrze pacjentów z chorobami migdałków:

Imię i nazwisko drukowanymi literami:

Data

Podpis

Ewentualny komentarz: