

SAMTYKKEERKLÆRING FOR NORSK MS REGISTER OG BIOBANK

Jeg er, gjennom forespørsel om deltagelse for mitt barn, informert om formålet med Norsk multipel sklerose register og biobank, samt vilkår for drift og bruk av registerdata.

JOURNALDATA

- ☐ Jeg samtykker i at opplysninger om mitt barns sykdom inngår i Norsk MS register og biobank.

SELVRAPPORTERT LIVSKVALITET OG VURDERING AV OPPFØLGING OG BEHANDLING

- ☐ Jeg samtykker til at mitt barn kan rapportere data om livskvalitet og behandling, inkludert bivirkninger og symptomer samt sin opplevelse (tilfredshet) knyttet til oppfølging/behandling. Disse dataene blir samlet inn via Helse Norge, Digital postkasse, eller brev.

Barnets navn (blokkbokstaver):

Fødselsnummer (11 siffer):

.....

.....

Navn foresatt 1 (blokkbokstaver):

Fødselsnummer (11 siffer):

.....

.....

Navn foresatt 2 (blokkbokstaver):

Fødselsnummer (11 siffer):

.....

.....

Sted:..... Dato: Signatur barn:.....

Sted:..... Dato: Signatur foresatt 1:.....

Sted:..... Dato: Signatur foresatt 2:.....

INNSENDT AV (SYKEHUS/PRAKSIS):

Kontaktinformasjon

Henvendelser kan rettes til Norsk MS register og biobank, Nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus, 5021 Bergen. Telefon: 55975045. Epost: msdata@helse-bergen.no

SAMTYKKEERKLÆRING FOR NORSK MS REGISTER OG BIOBANK

Jeg er, gjennom forespørsel om deltagelse for mitt barn, informert om formålet med Norsk multipel sklerose register og biobank, samt vilkår for drift og bruk av registerdata.

JOURNALDATA

- ☐ Jeg samtykker i at opplysninger om mitt barns sykdom inngår i Norsk MS register og biobank.

SELVRAPPORTERT LIVSKVALITET OG VURDERING AV OPPFØLGING OG BEHANDLING

- ☐ Jeg samtykker til at mitt barn kan rapportere data om livskvalitet og behandling, inkludert bivirkninger og symptomer samt sin opplevelse (tilfredshet) knyttet til oppfølging/behandling. Disse dataene blir samlet inn via Helse Norge, Digital postkasse, eller brev.

Barnets navn (blokkbokstaver):

Fødselsnummer (11 siffer):

.....

.....

Navn foresatt 1 (blokkbokstaver):

Fødselsnummer (11 siffer):

.....

.....

Navn foresatt 2 (blokkbokstaver):

Fødselsnummer (11 siffer):

.....

.....

Sted:.....

Dato:.....

Signatur barn:.....

Sted:.....

Dato:.....

Signatur foresatt 1:.....

Sted:.....

Dato:.....

Signatur foresatt 2:.....

INNSENDT AV (SYKEHUS/PRAKSIS):

Kontaktinformasjon

Henvendelser kan rettes til Norsk MS register og biobank, Nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus, 5021 Bergen. Telefon: 55975045. Bruk eDialog – <https://helse-bergen.no/edialog/> for sikker kommunikasjon ved henvendelser som gjelder egen helse og registerdeltakelse. Merk meldingen med "MS-registeret" i tittelfeltet.

BEHOLD DENNE SELV