

FORMULARZ ZGODY DLA NORWESKIEGO REJESTRU I BIOBANKU STWARDNIENIA ROZSIANEGO [**NORSK** **MS REGISTER OG BIOBANK**]

Oświadczam, że zostałem poinformowany, za pośrednictwem prośby o dołączenie, o celu, w jakim powołano Norweski Rejestr i Biobank Stwardnienia Rozsianego, a także o warunkach korzystania i użytkowania danych zgromadzonych w rejestrze oraz próbek materiału biologicznego.

DANE Z KARTY PACJENTA, PRÓBKİ KRWI I PŁYNU MÓZGOWO-RDZENIOWEGO

1. Zgadzam się na zamieszczenie danych dotyczących mojej choroby w Norweskim Rejestrze i Biobanku Stwardnienia Rozsianego.

TAK	NIE
☐	☐

2. Wyrażam zgodę, by próbki krwi (DNA i surowica) zostały pobrane i przechowywane w Norweskim Rejestrze i Biobanku Stwardnienia Rozsianego, oraz by próbka płynu rdzeniowo-mózgowego pobrana w związku z diagnozowaniem choroby była przechowywana w Norweskim Rejestrze i Biobanku Stwardnienia Rozsianego (nie będzie pobierana nowa próbka).

TAK	NIE
☐	☐

SUBIEKTYWNA OCENA PACJENTA DOTYCZĄCA JAKOŚCI ŻYCIA ORAZ OCENA KONTROLI I LECZENIA

3. Wyrażam zgodę na zgłaszanie danych dotyczących jakości życia i leczenia, w tym skutków ubocznych i objawów oraz moich odczuć (satysfakcji) w związku z kontrolą/leczeniem. Te dane będą zbierane za pośrednictwem Helse Norge (cyfrowa skrzynka pocztowa lub listownie).

TAK	NIE
☐	☐

Imię i nazwisko:

Nr osobisty [*fødselsnummer*] (11 cyfr):

.....

.....

Miejscowość:

Data:

Podpis:

.....

.....

.....

Podpis opiekuna prawnego (jeśli nie ma Pan/Pani jeszcze ukończonych 16 lat):

Miejscowość:

Data:

Podpis:

.....

.....

.....

NADESŁANE PRZEZ
(SZPITAL/PRAKTYKA LEKARSKA):

FORMULARZ ZGODY DLA NORWESKIEGO REJESTRU I BIOBANKU STWARDNIENIA ROZSIANEGO [**NORSK** **MS REGISTER OG BIOBANK**]

Oświadczam, że zostałem poinformowany, za pośrednictwem prośby o dołączenie, o celu, w jakim powołano Norweski Rejestr i Biobank Stwardnienia Rozsianego, a także o warunkach korzystania i użytkowania danych zgromadzonych w rejestrze oraz próbek materiału biologicznego.

DANE Z KARTY PACJENTA, PRÓBKİ KRWI I PŁYNU MÓZGOWO-RDZENIOWEGO

1. Zgadzam się na zamieszczenie danych dotyczących mojej choroby w Norweskim Rejestrze i Biobanku Stwardnienia Rozsianego.

TAK	NIE
☐	☐

2. Wyrażam zgodę, by próbki krwi (DNA i surowica) zostały pobrane i przechowywane w Norweskim Rejestrze i Biobanku Stwardnienia Rozsianego, oraz by próbka płynu rdzeniowo-mózgowego pobrana w związku z diagnozowaniem choroby była przechowywana w Norweskim Rejestrze i Biobanku Stwardnienia Rozsianego (nie będzie pobierana nowa próbka).

TAK	NIE
☐	☐

SUBIEKTYWNA OCENA PACJENTA DOTYCZĄCA JAKOŚCI ŻYCIA ORAZ OCENA KONTROLI I LECZENIA

3. Wyrażam zgodę na zgłaszanie danych dotyczących jakości życia i leczenia, w tym skutków ubocznych i objawów oraz moich odczuć (satisfakcji) w związku z kontrolą/leczeniem. Te dane będą zbierane za pośrednictwem Helse Norge (cyfrowa skrzynka pocztowa lub listownie).

TAK	NIE
☐	☐

Imię i nazwisko:

Nr osobisty [*fødselsnummer*] (11 cyfr):

.....

.....

Miejscowość:

Data:

Podpis:

.....

.....

.....

Podpis opiekuna prawnego (jeśli nie ma Pan/Pani jeszcze ukończonych 16 lat):

Miejscowość:

Data:

Podpis:

.....

.....

.....