

Samtycke att delta i LHON-registret

Jag samtycker härmed till att delta med mina uppgifter i LHON-registret. Jag samtycker även till att läkare knutna till registret får läsa min patientjournal och även ta in journalkopior för att ta fram relevanta uppgifter. Jag är informerad om att det är frivilligt att delta i registret, och att jag när som helst kan återkalla mitt samtycke.

Namn _____

Personnummer _____

Adress _____

Telefonnummer _____

E-postadress _____

Ort _____ *Datum* _____

Signatur _____

För ytterligare information, kontakta registerhållare Martin Engvall;
martin.engvall@sll.se , tel: 070-484 6717