

ÅTERKALLELSE AV BIOBANKSSAMTYCKE

Genom att underteckna denna blankett fastställer jag att av mig tagna prover och uppgifter gällande mitt hälsotillstånd inte i fortsättningen får användas till biobanksforskning och inte heller samlas eller överförs till Blodtjänst biobank.

Efter återkallelsen av biobankssamtycket kommer mina prover inte längre att användas till nya forskningsprojekt. De forskningsresultat, uppgifter relaterade till resultaten samt av dem bildade forskningsmaterial, som erhållits före mottagandet av denna återkallelse kan användas begränsat. Det kan även vara nödvändigt att förvara resultat och prover för begränsat ändamål, så som att säkerställa tidigare gjorda forskningars riktighet.

Uppgifter om givaren av återkallelsen
Fullständigt namn: _____
Personbeteckning: _____
Adress: _____
Postnummer och -anstalt: _____
Ort och datum: _____
Underteckning: _____
Mottagande av återkallelsen (Blodtjänst fyller i)
Ort och datum: _____
Mottagarens underteckning: _____
Mottagarens namnförtydligande: _____