|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [plats för logga/ordbild]  Namn: | [ange datum] | [Diaenhetkod]  [Diarienr] |
| [Namn]  [CoAdress]  [Adress]  [Postadress] | |

**Angående ändring av samtycke för biobanksprov tagna i vården**

Hej!

[Huvudman] har [ange datum] mottagit en begäran från dig gällande ändring av vad prov som tagits och bevaras i biobank får användas till. Vi saknar information som behövs för att kunna handlägga ärendet. Det som saknas är:

Underskrift.

Vårdnadshavares underskrift. Om det finns två vårdnadshavare måste båda underteckna.

Kompletta uppgifter om vad prov får användas för. Alla fyra ändamål måste besvaras med Ja eller Nej.

Datum eller tidsperiod för provtagning.

Sjukhus eller vårdcentral där prov togs.

Provtyp.

Annat:

Vänligen fyll i den bifogade tomma blanketten ”E1. Ändring av samtycke” i sin helhet, signera och återsänd till: [ange adress].

Med vänlig hälsning

[ange handläggare]

[ange region/huvudman]

*Uppgifter om prov och analyser journalförs för att säkerställa din aktuella vård och behandling. All personuppgiftsbehandling i hälso- och sjukvården sker i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR) och patientdatalagen.*

*Läsa mer om GDPR på* [*www.imy.se*](www.imy.se)*.*