

Navn og cpr-nummer (label) på barnet



## Hvad er din holdning? Tilkendegivelse om prøver i Regionernes Bio- og GenomBank

I forbindelse med dit barns behandling vil vi gerne opbevare biologisk materiale (f.eks. blod- og vævsprøver) i Regionernes Bio- og GenomBank (RBGB). Det biologiske materiale fra biobanken bliver først og fremmest anvendt til dit barns egen udredning og behandling. Desuden har RBGB til formål at understøtte dansk forskning herunder forskning, i personlig medicin, som kan bidrage til fremover at skræddersy flere patientbehandlinger og undgå at give uvirksom medicin. Dit barns prøver kan derfor også udleveres til forskningsprojekter under de rette forudsætninger.

Vi beder dig læse ”**Patientinformation om dit/jeres barns prøver i Regionernes Bio – og GenomBank**”, inden du underskriver denne tilkendegivelse.

Jeg tilkendegiver:

- at mit barns biologiske materiale (såsom blod- og vævsprøver) må opbevares i RBGB
- at mit barns biologiske materiale kan udleveres til forskningsprojekter
- at der kan indhentes kliniske oplysninger (f.eks. ved at slå op i dit barns sygejournal/patientjournal)

Ja       Nej

Jeg er informeret om, at denne tilkendegivelse er **frivillig**, og at jeg når som helst og uden begrundelse kan trække tilkendegivelsen tilbage.

Såfremt du ønsker at tilbagetrække tilkendegivelsen, skal du kontakte sekretariatet for RBGB, se venligst patientinformationen for kontaktoplysninger.

Hvis du gerne vil sikre dig, at dit barns biologiske materiale i RBGB, kun må anvendes til dit barns egen behandling, men ikke til forskning, skal du melde dit barn ind i Vævsanvendelsesregisteret via Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside: [https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/borger/selvetjening\\_og\\_services/brug\\_af\\_vaevsproever](https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/borger/selvetjening_og_services/brug_af_vaevsproever)

Fulde navn(e) på forældremyndighedens indehaver(e):

Navn: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Samtykke indhentet af: \_\_\_\_\_

Hospital/afdeling: \_\_\_\_\_

*Den udfyldte erklæring bedes afleveret til personalet på den behandlende afdeling, som giver dig en kopi.*