



Life Genomics AB

Odinsgatan 28 | 411 03 Göteborg | Sweden
info@life-genomics.se | www.life-genomics.se
+46 31-749 36 50

Patientinformation

Namn:

Personnummer (ÅÅMMDD-NNNN):

Informerat samtycke

Genom att underteckna denna samtyckeshandling intygar jag att jag läst, eller har fått läst för mig, informationen om samtycke. Jag förstår informationen och ger tillåtelse till Life Genomics AB ("Life Genomics") att utföra av mig valda laboratorietester. Jag har haft möjlighet att ställa frågor och diskutera möjligheter, begränsning och eventuella risker av testet med min läkare eller vårdgivare. Jag är medveten om att jag efter önskemål kan erhålla professionell genetisk rådgivning innan undertecknandet av detta medgivande.

Jag samtycker till att Life Genomics behandlar mina personuppgifter som omfattas av denna remiss (inklusive mitt namn och personnummer) samt provmaterial i syfte att utföra beställt test och i enlighet med Personuppgiftspolicyn. Jag har tagit del av Personuppgiftspolicyn: <https://life-genomics.se/om-oss/personuppgiftspolicy>, vilken gäller för den personuppgiftsbehandling som sker inom ramen för Life Genomics tillhandahållna tjänster. Jag är medveten om att mina personuppgifter kommer överföras till tredje part i enlighet med vad som framgår av Personuppgiftspolicyn.

Jag är medveten om att jag närsomhelst kan återkalla mitt samtycke. Om jag väljer att återkalla mitt samtycke, eller begär att inte ta emot resultaten av testet, kommer Life Genomics genom kommersiellt rimliga ansträngningar arbeta för att provmaterial och persondata förstörs i enlighet med tillämpliga lagar och förordningar. Återkallelse av mitt samtycke, kan göras genom att skriftligen meddela Life Genomics på adress: Life Genomics AB, Odinsgatan 28, 411 03 Göteborg, Sverige.

Jag är medveten om att när Life Genomics utför testerna baserat på remissen, kan Life genomics lagra mina personuppgifter (inklusive mina testresultat) och eventuellt resterande prov i enlighet med tillämplig lagstadgad tidsperiod.

☐ Delta ☐ Delta ej

Markera om du samtycker till valideringsstudier och kvalitetskontroll. Om du markerar "Delta", bekräftar och samtycker du att dina personuppgifter (inklusive informationen på remissen och testresultat) och eventuellt resterande del av ditt prov kan lagras längre än 60 dagar och kan komma att användas för kvalitetskontroll och metodstudier på Life Genomics. Om du markerar "Delta ej", kommer den eventuellt resterande oanvända delen av ditt prov att förstöras. Om ingen ruta är markerad kommer samtycke att antas. I samtliga fall kommer prov och personuppgifter, inklusive resultat att lagras, användas och destrueras i överensstämmelse med lagar, regler och förordningar.

Signatur, patient

Signatur:

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD):

Placera streckkod här

Klinikinformation

Kliniknamn:

Beställare:

Gatuadress:

Postnummer och ort:

Signatur, beställare

Min signatur visar att jag har informerat patienten om detaljer, förutsättningar samt begränsningar avseende testet.

Signatur:

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD):

Testmeny och klinisk information

☐ TSH Capitainer B50

☐

☐

☐

☐

Viktig information angående provtagningen

Datum för provtagning:
(ÅÅÅÅ-MM-DD)

Vid användande av Capitainer-kort:

se video för provtagningsinstruktioner:
<https://capitainer.com/sampling-videos/>

Vid användande av provrör:
placera streckkoden utmed
provröret (se bild).



OBS. Streckkoden på provet måste stämma med streckkoden på remissen.

Ver. 2025-09-17