

Biopankkikielto ja biopankkisuostumuksen peruuttaminen - Alaikäiset

Kiellän alaikäisen lapseni näytteiden ja tietojen siirron Itä-Suomen Biopankkiin, käsittelyn biopankissa ja luovutuksen biopankkitutkimukseen. Lapsi voi tehdä kiellon yksin, mikäli hän on 12 -17 – vuotias.

Kielto astuu voimaan, kun Itä-Suomen Biopankki on vastaanottanut allekirjoitetun lomakkeen.

Yhteystiedot:

Alaikäisen lapsen koko nimi: _____

Henkilötunnus (sen puuttuessa syntymäaika): _____

Osoite: _____

Alaikäisen allekirjoitus (12-17 v): _____

Huoltajan/hoitajien koko nimi:

Huoltajan/hoitajien henkilötunnus:

Huoltajan/hoitajien osoite (ellei sama kuin lapsen):

Paikka ja päiväys: _____

Huoltajan/hoitajien allekirjoitus:

Kiellon vastaanottaja (Biopankin johtaja täyttää):

Paikka ja päiväys: _____

Allekirjoitus: _____

Nimen selvennys: _____

Palauttakaa alkuperäinen allekirjoitettu kielto sairaalaan ilmoittautumisen yhteydessä tai lähettäkää se Itä-Suomen Biopankkiin: Biopankin johtaja, Itä-Suomen Biopankki, PL 100, 70029 KYS. Lomakkeen voi palauttaa myös KYSin biopankin suostumusten palautuspostilaatikkoon.

PSSHP:n sisäinen posti (vain PSSHP:n henkilökunnalle): Itä-Suomen Biopankki/10211, Rak.1, CO –käytävä

Kopio kiellosta jää kiellon antajalle.

Itä-Suomen Biopankin toiminta sekä näytteiden ja henkilötietojen käsittely perustuu biopankkilakiin (688/2012, 5 §) ja EU:n yleiseen tietosuojasetukseen ("GDPR", 6 artikla 1 kohta a ja e -alakohta, 9 artikla 2 kohta a, g, i ja j -alakohta).

Biopankkikielto ja biopankkisuostumuksen peruuttaminen - Alaikäiset

Kiellän alaikäisen lapseni näytteiden ja tietojen siirron Itä-Suomen Biopankkiin, käsittelyn biopankissa ja luovutuksen biopankkitutkimukseen. Lapsi voi tehdä kiellon yksin, mikäli hän on 12 -17 – vuotias.

Kielto astuu voimaan, kun Itä-Suomen Biopankki on vastaanottanut allekirjoitetun lomakkeen.

Yhteystiedot:

Alaikäisen lapsen koko nimi: _____

Henkilötunnus (sen puuttuessa syntymäaika): _____

Osoite: _____

Alaikäisen allekirjoitus (12-17 v): _____

Huoltajan/hoitajien koko nimi:

Huoltajan/hoitajien henkilötunnus:

Huoltajan/hoitajien osoite (ellei sama kuin lapsen):

Paikka ja päiväys: _____

Huoltajan/hoitajien allekirjoitus:

Kiellon vastaanottaja (Biopankin johtaja täyttää):

Paikka ja päiväys: _____

Allekirjoitus: _____

Nimen selvennys: _____

Palauttakaa alkuperäinen allekirjoitettu kielto sairaalaan ilmoittautumisen yhteydessä tai lähettäkää se Itä-Suomen Biopankkiin: Biopankin johtaja, Itä-Suomen Biopankki, PL 100, 70029 KYS. Lomakkeen voi palauttaa myös KYSin biopankin suostumusten palautuspostilaatikkoon.

PSSHP:n sisäinen posti (vain PSSHP:n henkilökunnalle): Itä-Suomen Biopankki/10211, Rak.1, CO –käytävä

Kopio kiellosta jää kiellon antajalle.

Itä-Suomen Biopankin toiminta sekä näytteiden ja henkilötietojen käsittely perustuu biopankkilakiin (688/2012, 5 §) ja EU:n yleiseen tietosuojasetukseen ("GDPR", 6 artikla 1 kohta a ja e -alakohta, 9 artikla 2 kohta a, g, i ja j -alakohta).