

## Samtykkeerklæring og fuldmagt

Et videnskabeligt forsøg med forskellig rækkefølge af operation og medicinsk behandling til patienter over 60 år med receptor-positiv brystkræft og tumor større end 1 cm

### Undertegnede

Navn: .....(Evt. patient label)

Fødselsdato: .....(Evt. patient label)

### Erklærer:

- at jeg har fået skriftlig og mundtlig information og jeg ved nok om formål, metode, fordele og ulemper til at sige ja til at deltage i ovennævnte forsøg
- at jeg er blevet grundigt informeret om forsøget både mundtligt og skriftligt
- at jeg har modtaget en kopi af deltagerinformationen og samtykkeerklæringen
- at mine rettigheder er blevet tydeligt forklaret for mig
- at jeg accepterer at vævs- og blodprøver kan udtages som led i forsøget samt at det fra vævs- og blodprøver, der er tilovers efter at de forskellige rutinemæssige undersøgelser er foretaget, må opbevares og anvendes til videnskabelige undersøgelser.
- at jeg giver fuldmagt til, at min patientjournal kan blive set af en medarbejder fra DBCG, Lægemiddelstyrelsen, Den Videnskabsetiske Komité, Datatilsynet eller tilsvarende udenlandske myndigheder i indtil 15 år efter afslutning (jf. § 20 i Lov om patienters retsstilling, lov nr. 482). Denne fuldmagt gælder kun oplysninger, som direkte vedrører forsøget, og kan til enhver tid trækkes tilbage. Alle oplysninger behandles strengt fortroligt, i overensstemmelse med myndighedernes krav.

Min deltagelse er fuldstændig frivillig. Jeg har mulighed for både mundtligt og skriftligt at trække mit samtykke tilbage, på et hvilket som helst tidspunkt uden at skulle give nogen forklaring på dette. Dette vil ikke påvirke mit tilhørsforhold til min behandlende læge.

Dato: ..... (skrives af deltager)

Deltagers underskrift: .....

---

Dato: ..... (skrives af lægen)

Informerende læges navn: .....

Informerende læges underskrift: .....