

Inkom den:	Dokument-id:
------------	--------------

Begäran om att biobanksprov överlämnas till Prostatype Genomics AB för det prognostiska testet Prostatype®

 Fylls i av läkare

 Fylls i av patient

Härmed

- Begär jag att mina prov, som tagits i vårdsyfte för min egen diagnos överlämnas för ytterligare analys till Prostatype Genomics AB
- samtycker jag till att informationen om proven inhämtas och skickas till mottagaren.
- intygas att jag fått information angående användningen av testet Prostatype. Jag är medveten om att Biobanken inte ansvarar för proven eller analysvaren samt hur dessa kommer att hanteras, från den tidpunkt proven har överlämnats till mottagaren.

Namn på Biobank där patientens biopsier finns:
--

Ange information som identifierar vilket/vilka prov som avses

Namn på patient/ansökande:	Personnummer:
Sjukhus/mottagning:	Provtagningsperiod:
Typ av prov/material: Prostatibiopsier (detaljerad information om prov kommer att skickas med blanketten).	

 Jag är medveten om att det kommer att göras genetisk analys av tre gener i provet

Kontaktuppgifter patient

Adress:	Postnummer:	Ort:
Telefon:	E-post:	

Information angående hur Prostatype Genomics AB hanterar dina personuppgifter finns tillgänglig på www.prostatype.se/integritetspolicy
Prostatype Genomics är registrerad i vårdgivarregistret hos IVO (VE-2017-03794).

Signeras av provgivare/patient/ansökande

Datum:	Underskrift:	Namnförtydligande:
--------	--------------	--------------------

Patientansvarig läkare

Datum:	Klinik:	E-post:
Telefon:	Underskrift:	Namnförtydligande:

PSA:	Tumörstadie:	Gleasongrad: +
------	--------------	-------------------

- Bifoga PAD-rapport
 Patienten har tagit del av informationen om Prostatype

Prostatype Genomics ska destruera överblivna provmaterial inom 2 månader efter Prostatypes analys. **Signerad blankett ska diarieföras/motsvarande vid biobanken enligt gängse rutin.**

Laboratoriets/biobankens anteckningar

Ev. kontroller av ansökande:	
Ev. kontroller av mottagare:	
Begäran verkställd/prov skickat Datum:	Begäran avslagen Datum: Motivering:
Underskrift:	Namnförtydligande:

**Mottagare dit prov ska skickas
för utlåtande eller analys**
Fakturaadress för biobankstjänster

Prostatype Genomics AB
Box 1260
131 28 Nacka Strand, Sverige
+46 730 38 76 53
order.se@prostatypegenomics.com
Ansvarig läkare hos mottagaren:
Doktor Michael Häggman
Organisationsnummer: 556726-0285