

Ifylles biobanken

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 mina biopsier finns:

Ange information som identifierar vilket/vilka prov som avses

Namn på patient/ansökande:	Personnummer:
Sjukhus/mottagning:	Provtagningsperiod dvs. när senaste biopsi togs:
Typ av prov/material: Prostatabiopsier (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

Gustav III:s Boulevard 34
169 73 Solna, Sverige
+46 730 38 76 53
emilie.berglund@prostatypegenomics.com
Ansvarig läkare hos mottagaren:
Doktor Michael Häggman
Organisationsnummer: 556726-0285