

Jeg trekker mitt samtykke

Bruk STORE BOKSTAVER

Jeg vil ikke lenger at jeg, eller den jeg er foresatt for, skal være registrert i Senter for sjeldne diagnosers pasientregister.

Navn på personen med den sjeldne diagnosen:

Fødselsdato:

dd.mm.åååå

Diagnose:

Dato: _____

Underskrift:

Svarslippen sendes til

Senter for sjeldne diagnoser

Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet

Postboks 4950 Nydalen

0424 Oslo