

Region Dalarna
Att: Karin Björling (karin.bjorling@regiondalarna.se)
Nissers väg 3
79182 Falun

ANSÖKAN OM UTLÄMNANDE AV PERSONUPPGIFTER FÖR FORSKNING

| | |
|---|-----------------------------------|
| Datum | Intitiering av ärende: |
| Projektets forskningshuvudman <i>institution/företag/namn/organisation nummer, adress, epost, telefon, (samma som etikprövningsansökan)</i> | |
| Ansvarig forskare/huvudprövare <i>namn, personnummer, adress, epost, telefon, (samma som i etikprövningsansökan)</i> | |
| Patientgrupp | |
| Studietitel <i>(samma som i etikprövningsansökan)</i> | |
| Frågeställningar <i>(samma som i etikprövningsansökan)</i> | |
| Utlämnandet avser (<i>ange ett alternativ</i>) 1. identifierbara patientuppgifter, 2. pseudonymiserade uppgifter innehållande att Region Dalarna behåller en kodnyckel, 3. aidentifierade uppgifter | |
| Beslut etikprövningsnämnden <i>diarienummer och datum för grundansökan samt eventuella tillägg (samtliga ansökningar och beslut bifogas i sin helhet)</i> | Grundansökan: Ev. Tillägg: |
| Har ansökan om utlämnande tidigare ingivits till Region Dalarna? <i>ange dnr.</i> | |

| | |
|--|--|
| Vilka verksamheter inom Region Dalarna är berörda? | |
| Personuppgifter som önskas <i>En fullständig beskrivning av de personuppgifter (variabellista) som önskas.</i> | |
| Ange var i etikansökan dessa personuppgifter är beskrivna <i>(rubrik samt sid.nr).</i> | |
| Ange tidsintervall för begärda personuppgifter, ange var i etikansökan tidsintervallet är beskrivet <i>(rubrik samt sid.nr).</i> | |

Signatur ansvarig forskare (enligt EPM):

Ort och datum:

Namnförtydligande:

OBS! Vi emottar signerat och inscannat ansökningsformulär alternativt utskivet och signerat ansökningsformulär i pappersform!