|  |
| --- |
| Allekirjoittamalla vahvistan, että peruutan suostumukseni alla yksilöityyn **tutkimukseen**. Henkilötietojani ei enää saa käsitellä kyseisessä tutkimuksessa.  Henkilötietoni poistetaan tutkimuksen käytöstä sen jälkeen, kun HUS on vastaanottanut tämän ilmoituksen. HUS informoi, kun poistaminen on tehty.  Ennen tämän ilmoituksen vastaanottamista henkilötiedoista jo aikaansaatuja tutkimustuloksia, näihin tuloksiin sisältyviä tietoja ja muodostettuja tutkimusaineistoja ei kuitenkaan yleensä voida hävittää, sillä niiden säilyttäminen voi olla tarpeen rajattuja tarkoituksia varten, esim. jo tehtyjen tutkimusten oikeellisuuden todentamiseen. Tältä osin säilytetään kuitenkin vain aivan välttämättömät tiedot. |
| **Tiedot** |
| Tutkimuksen nimi, jota peruuttaminen koskee:  Tutkimuksen yhteyshenkilö, jos on tiedossa:  Suostumuksen peruuttajan koko nimi: |
| Henkilötunnus (tai sen puuttuessa syntymäaika): |
| Katuosoite:  Postinumero ja postitoimipaikka: |
| sähköpostiosoite: |
| Paikka ja päiväys: |
| Allekirjoitus: |
|  |
| **Vastaanottaja**  Paikka ja päiväys: |
| Vastaanottajan allekirjoitus: |
| Vastaanottajan nimenselvennys: |

**HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI**

**SUOSTUMUKSEN PERUUTTAMINEN TUTKIMUKSEEN**

**Allekirjoitettu lomake lähetetään allekirjoitettuna HUS-keskuskirjaamoon:**

**HUS-keskuskirjaamo, PL 200, 00029 HUS**