**Begäran att ta in uppgifter i särskild journal**

Jag önskar att mina personuppgifter skrivs in i min donators särskilda journal. Jag är medveten om att alla som har tillgång till den särskilda journalen kan ta del av dessa uppgifter.

|  |
| --- |
| Datum |
| Namn och personnummer |
| Underskrift  |

Begäran mottagen för klinikens räkning av:

|  |
| --- |
| Datum |
| Underskrift, namnförtydligande och titel  |

**Återkallan av begäran**

Jag önskar att mina personuppgifter tas bort från min donators särskilda journal.

|  |
| --- |
| Datum |
| Underskrift  |

Återkallan mottagen för klinikens räkning av:

|  |
| --- |
| Datum |
| Underskrift, namnförtydligande och titel  |