

## SAMTYKKEERKLÆRING

Undertegnede

Navn .....

Personnummer .....

Adresse .....

Postnr. .... Poststed .....

Tlf. priv. .... Tlf. arb. ....

Arbeidsgiver .....

Trygdekontor .....

er henvist som pasient til Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer og tillater herved at Bivirkningsgruppen på mine vegne innhenter og lagrer supplerende medisinske og odontologiske opplysninger i forbindelse med utredning/vurdering av mulige bivirkninger fra tannfyllingsmaterialer.

.....den.....

.....

sign.