

## Samtycke till att delta i forskningsprojektet

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen och en kopia av det här samtyckesformuläret.

Jag samtycker till att delta i forskningsprojektet **Zoledronate till patienter med fraktur - en randomiserad dubbel-blind studie.**

Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas som beskrivs i informationen om forskningsprojektet. Det här innebär att jag även samtycker till att uppgifter om min hälsa hämtas ur min patientjournal, Svenska frakturregistret och Socialstyrelsens Patientregister och Dödsorsaksregister.

**Deltagarens underskrift:** \_\_\_\_\_

**Ort och datum:** \_\_\_\_\_

**Namnförtydligande:** \_\_\_\_\_

**Läkarens underskrift:** \_\_\_\_\_

**Ort och datum:** \_\_\_\_\_

**Namnförtydligande:** \_\_\_\_\_

Vid frågor gällande ditt deltagande ska du kontakta:

[ENHET/KLINIK], [SJUKHUS]

Telefonnummer: [TELEFONNUMMER]

E-post: [E-POST]

Postadress: [POSTADRESS]