



## Biopankkikielto alaikäisen puolesta

Kiellän alaikäisen lapseni \_\_\_\_\_ (nimi) \_\_\_\_\_ (henkilötunnus)

\_\_\_\_\_ (osoite)

näytteiden ja tietojen siirron Tampereen Biopankkiin, käsittelyn biopankissa ja luovutuksen biopankkitutkimukseen.

Kielto astuu voimaan, kun Tampereen Biopankki on vastaanottanut allekirjoitetun lomakkeen.

### Kiellon antajan tiedot:

Kiellon antajan nimi: \_\_\_\_\_  
(sukunimi, etunimi)

Henkilötunnus: \_\_\_\_\_  
(tai sen puuttuessa syntymäaika)

Osoite: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Allekirjoituksellani vahvistan kiellon:

Paikka ja päiväys: \_\_\_\_\_

Allekirjoitus: \_\_\_\_\_

### Kiellon vastaanotto (Tampereen Biopankki täyttää):

Paikka ja päiväys: \_\_\_\_\_

Vastaanottajan allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Vastaanottajan nimenselvennys: \_\_\_\_\_

**Voitte postittaa  
kieltokaavakkeen  
Tampereen Biopankkiin  
tai palauttaa sen  
sairaalaan tullessanne.**

### Palautus (postimaksu maksettu):

Tampereen Biopankki  
Tampereen yliopistollinen sairaala  
INFO:924  
TUNNUS: 5003897  
00003 VASTAUSLÄHETYS

### PSHP sisäpostiosoite:

(vain PSHP:n henkilökunnalle)  
Tampereen Biopankki  
FM5, 1.krs.