

Samtykkeerklæring til deltakelse i forskningsprosjektet: ASF: 2-14

«Barn med autismspekterforstyrrelse (ASF): utvikling og tiltak fra tidlig førskole- til skolealder»

I.

Som foresatte til _____ (fullt navn)
samtykker jeg/vi til at han/hun kan delta i oppfølgingsstudien ASF: 2-14.

Sted og dato

Foresattes signatur

Foresattes navn med trykte bokstaver

Sted og dato

Foresattes signatur

Foresattes navn med trykte bokstaver**II.**

Deling av aidentifisert* informasjon med andre forskningsinstitusjoner i inn- og utlandet:
(sett kryss ved alternativ A eller B)

Jeg/vi samtykker til at aidentifisert informasjon om barnet kan deles
med andre forskningsinstitusjoner i inn- og utlandet

Ja, samtykker Nei, samtykker IKKE

*Aidentifisert informasjon = informasjon som ikke kan knyttes til det enkelte barnet

III.

A. Jeg/vi samtykker til innhenting diagnostisk informasjon fra spesialisthelsetjenesten Ja, samtykker
Nei, samtykker IKKE

B. Jeg/vi samtykker til innhenting informasjon om sakkyndige vurderinger,
enkeltvedtak og skolefaglige kartlegginger fra kommunen Ja, samtykker
Nei, samtykker IKKE

Vi presiserer at det er mulig å krysse av for nei på ett eller flere av punktene over og allikevel være med i oppfølgingsstudien.
Vedlagt er et kontaklinformasjonsskjema som vi ønsker at dere vil fylle ut for å sikre at vi har oppdatert informasjon.

