

## Informerat samtycke

**Jag har fått skriftlig och muntlig information om studien ”Slutning av loop-ileostomi med val av anastomosteknik”, fått tillfälle att ställa frågor och fått dem besvarade**

**Jag har förstått att mitt deltagande är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst utan någon förklaring och utan att detta påverkar min fortsatta vård.**

**Jag accepterar att delta i studien.**

.....

|                       |                            |
|-----------------------|----------------------------|
| Ort och datum         | Personnummer               |
| .....                 | .....                      |
| Namnteckning          | Namnförtydligande          |
| .....                 | .....                      |
| Läkarens namnteckning | Läkarens namnförtydligande |
| .....                 | .....                      |
| Ort                   | Datum                      |