



**LASTEN TERVEYSSEURANNAN KEHITTÄMINEN -TUTKIMUS (LATE)**

**SUOSTUMUSASIAKIRJA HUOLTAJALLE**

**(KOULUTERVEYDENHUOLTO)**

Olen tutustunut oheiseen tutkimustiedotteeseen ja siinä olevaan selvitykseen tutkimuksen tarkoituksesta ja sisällöstä. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta. Lisäksi minulla on mahdollisuus saada lisätietoa tutkimuksesta tiedotteessa mainituilta henkilöltä. Tiedän, että osallistuminen on minulle ja lapselleni vapaaehtoista ja voin peruuttaa suostumukseni halutessani joko tutkimuksen aikana tai myöhemmin.

Annan suostumukseni siihen, että tietoja, joita saadaan kouluterveydenhuollon terveystarkastuksen yhteydessä, voidaan käyttää tutkimuksessa.

Kyllä

Ei

Annan suostumukseni siihen, että viranomaisluvalla saatuja rekisteritietoja Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta (STAKES), Tilastokeskuksesta ja Kansaneläkelaitoksesta (KELA) voidaan yhdistää lapseni kouluterveystarkastuksesta saatuihin tietoihin.

Kyllä

Ei

**Suostumukseni ehtona on, että kaikkea tutkimuksella kerättyä tietoa käsitellään luottamuksellisesti ja terveydenhoitohenkilökunnalta vaadittavaa salassapitovelvollisuutta sekä henkilötietolakia noudattaen.**

Tämä suostumus allekirjoitetaan kahtena samansisältöisenä kappaleena, joista toinen jää tutkittavalle ja toinen tutkimusryhmälle.

**PAIKKA JA AIKA:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2007

**Lapsen nimi:** \_\_\_\_\_

**Lapsen henkilötunnus:** \_\_\_\_\_

**Lapsen osoite:** \_\_\_\_\_

**Huoltajan osoite (mikäli eri kuin lapsen):** \_\_\_\_\_

**Suostumuksen antajan (vanhempi/huoltaja) allekirjoitus ja nimen selvennys**

\_\_\_\_\_

**Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys:**

\_\_\_\_\_

*Tutkimuksesta vastaa Kansanterveyslaitos*

**Erkki Vartiainen**  
Tutkimusprofessori, lääkäri

**Tiina Laatikainen**  
Ylilääkäri