

## **SAMTYKKE TIL DONASJON AV LEGEME**

1. Undertegnede \_\_\_\_\_  
Fornavn, etternavn (i blokkbokstaver)

erklærer herved at det er mitt ønske at Seksjon for anatomi ved Institutt for medisinske basalfag (nedenfor kalt Instituttet) får motta mitt legeme etter døden til undervisning og forskning dersom det er behov for det. Jeg ønsker derfor at mine nærmeste, eller andre, underretter Instituttet om min død så snart som mulig etter dødsfallet.

2. Jeg samtykker til at Instituttet kan innhente helseopplysninger fra min pasientjournal i den utstrekning det er nødvendig.
3. Jeg samtykker til at Instituttet kan beholde legemet mitt i inntil to år. Mine nærmeste pårørende kan samtykke i at Instituttet kan beholde mitt legeme, eller deler av dette, utover to år.
4. Jeg samtykker videre til at Instituttet kan bruke deler av mitt legeme til å fremstille undervisningsmateriale, herunder bilde- og filmfremvisninger til medisinsk undervisning eller forskingsdokumentasjon. Undervisningsmaterialet kan beholdes ved instituttet så lenge det er behov for det, også etter at legemet er kremert.
5. Dersom det er behov for det, kan mitt legeme overføres til Universitetet i Trondheim, Bergen eller Tromsø.

Sted: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_



**Testatorordningen**

Seksjon for Anatomi

Institutt for medisinske basalfag

Universitetet i Oslo

Postadresse: Postboks 1105 Blindern, 0317 Oslo

**Epost:** legemedonasjon@basalmed.uio.no

**Telefon:** 907 22 067

**Nettsted:** <https://www.med.uio.no/imb/tjenester/publikum/testatorordningen/>

**Personopplysninger om donor**

Navn (blokkbokstaver): \_\_\_\_\_

Fødselsdato: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnummer og poststed: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Epostadresse: \_\_\_\_\_

**Fastlege** (navn, adresse): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresseendring eller bytte av fastlege meldes til Instituttet via telefon: 907 22 067 eller epost: [legemedonasjon@basalmed.uio.no](mailto:legemedonasjon@basalmed.uio.no).

Har du gjennomgått følgende langvarige, smittsomme og/eller alvorlige sykdommer slik som tuberkulose, Creutzfeld Jakobs sykdom, hepatitt, HIV/AIDS (sett kryss):

NEI \_\_\_\_\_ JA \_\_\_\_\_

Beskriv eventuelle særlige ønsker knyttet til avskjedsseremoni eller annet:

---

---

---

---

**Nærmeste pårørende:**

Navn (i blokkbokstaver): \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Epostadresse: \_\_\_\_\_

**Følgende andre personer ønskes underrettet i forbindelse med urnenedsettelse:**

Navn (blokkbokstaver): \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Epost: \_\_\_\_\_

Navn (blokkbokstaver): \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Epost: \_\_\_\_\_

Navn (blokkbokstaver): \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Epost: \_\_\_\_\_