



## BEGÄRAN om utträde ur register

Datum

\_\_\_\_\_

---

### Begäran skickas till

Svenskt Perioperativt Register SPOR  
Att: Registerkoordinator SPOR, Sara Lyckner  
Anestesikliniken, Mälarsjukhuset Eskilstuna  
Region Sörmland, 631 88 Eskilstuna

---

### Registerutträde

Jag begär härmed utträde ur kvalitetsregistret SPOR

Patientens personuppgifter	
Förnamn	Efternamn
Personnummer	Telefonnummer

<b>Underskrift av patient</b>
<b>Underskrift av vårdnadshavare (för patient under 18 år)</b>

Skriv ut blanketten, underteckna den och skicka den till adressen ovan. Om du är under 18 år ska även vårdnadshavare skriva under