

**BEGÄRAN**

**Utträde ur**

**SveDem, Svenska Demensregistret**

Datum

---

---

**Begäran skickas till**

Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge  
Geriatriska kliniken FoUU, SveDem  
Novum plan 5  
141 86 Stockholm

---

**Registerutträde**

Jag begär utträde ur SveDem enligt nedan

För- och efternamn	Personnummer
--------------------	--------------

Underskrift av sökande

---

Namnteckning