



SOUHLAS S GENETICKÝM LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM



Jméno a příjmení:.....

Číslo pojištěnce:.....

Jméno a příjmení zákonného zástupce:.....

Vztah k vyšetřované osobě:

Účel molekulárně genetického vyšetření

- Ověření/potvrzení diagnózy
- Zjištění predispozice pro nemoc
- Zjištění přenašečství pro nemoc
- K optimalizaci léčby

Alternativy navrhovaného genetického vyšetření:

.....

Prohlášení vyšetřované osoby / zákonného zástupce

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto poradenství k molekulárně genetickému laboratornímu vyšetření, a že jsem poskytnuté informace porozuměl/a. Lékařem mi bylo sděleno a vysvětleno následující:

- účel, povaha, předpokládaný přínos genetického laboratorního vyšetření
- možný dopad výsledků genetického vyšetření na mé zdraví, na zdraví mých potomků (budoucích generací) a zdraví geneticky příbuzných osob

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Souhlas vyšetřované osoby / zákonného zástupce*

* vyplňte zvolenou odpověď (v případě neoznačení odpovědi, bude postupováno jako při zvolení možnosti ano)

Správně

Za účelem výše uvedeným souhlasím:

s odběrem vzorku biologického materiálu a s provedením vyšetření ano ne

se seznámením s výsledky molekulárně genetického vyšetření ano ne

se skladováním mého vzorku v DNA bance pro další analýzy provedené k mému prospěchu, a to za předpokladu, že budu před dalším vyšetřením informován/a a nově navrhovaná vyšetření budou provedena až s mým aktuálním informovaným souhlasem ano ne

s anonymním využitím DNA v lékařském výzkumu dědičných onemocnění ano ne

s využitím DNA ke kontrole kvality DNA diagnostiky ano ne

s využitím výsledků molekulárně genetického vyšetření a relevantních informací o mém zdravotním stavu, k vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymní formě ano ne

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce):.....

Jméno a příjmení lékaře, razítko a podpis:.....

V, dne

Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv písemně odvolat.