

Informovaný souhlas s vyšetřením

Souhlasím, aby můj vzorek byl vyšetřen v Centru lékařské genetiky a reprodukční medicíny GENNET, s.r.o. (dále Centrum) se zaměřením na:

(doplnit požadované vyšetření)

Ze vzorku:

Jsem si vědom(a), že výsledek vyšetření může svědčit pro významné zvýšení nebo snížení pravděpodobnosti nebo průkazu výše uvedeného genetického onemocnění, ale může být i neinformativní.

Potvrzuji svým podpisem, že jsem měl(a) možnost si toto prohlášení podrobně prostudovat a položit lékaři jakékoli související otázky.

Měl(a) jsem dostatečný časový prostor porozumět všem podstatným a potřebným údajům. Vše jsem řádně a v klidu zvážil(a) a jsem si vědom(a) možných negativních, či stresujících dopadů tohoto genetického vyšetření.

Moje otázky mi byly srozumitelně zodpovězeny k moji spokojenosti. Prohlašuji, že nemám dalších dotazů, prohlášení jsem dobře pochopil(a) a s provedením testů souhlasím, což níže stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Souhlas se sdělením výsledků svého vyšetření

Souhlas se skladováním:

Pokud to bude možné a/nebo účelné, bude můj vzorek skladován pro další vyšetření provedená k mému prospěchu a prospěchu mých příbuzných.

Jestliže bude vzorek mého biologického materiálu skladován, dále si přeji:

Souhlasím Nesouhlasím

* s anonymním využitím skladovaného biologického materiálu v lékařském výzkumu dědičných onemocnění.

Souhlasím Nesouhlasím

* s tím, že mohu být znovu kontaktován(a) dle způsobu uvedeném ve zdravotnické dokumentaci, za účelem souhlasu s využitím mého skladovaného biologického vzorku v konkrétním výzkumném projektu.

Žádám o likvidaci

Můj vzorek bude po provedení genetického laboratorního vyšetření zlikvidován s tím rizikem, že nebude již možné v budoucnosti výsledek vyšetření v případě potřeby znovu ověřit a že zlikvidování vzorku může vést ke zhoršení dostupnosti diagnostiky u rodinných příslušníků. Dále jsem si vědom(a) rizika, že pro další genetické testování bude nutný nový odběr vzorku a jeho prvotní zpracování tj. izolace DNA, mi nemusí být znovu uhrazena ze zdravotního pojištění, neboť její opakované provedení je nutné pouze z důvodu mého rozhodnutí o likvidaci současného vzorku a v takovém případě bude muset být izolace DNA provedena za přímou úhradu dle aktuálně platného ceníku vyšetřující laboratoře.

Jméno a příjmení vyšetřovaného:

Číslo pojištěnce / datum narození:

Datum a podpis vyšetřovaného:

Potvrzuji, že jsem vhodným způsobem poučil(a) vyšetřovaného, jak je výše uvedeno.

Jméno a příjmení lékaře:

Datum a podpis lékaře:

