

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S ODEBRÁNÍM, SKLADOVÁNÍM A VYUŽITÍM BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU PRO DIAGNOSTIKU, STANOVENÍ MEZILABORATORNÍ KVALITY A VÝZKUM

Pacient

jméno a příjmení
bydliště
rodné číslo zdravotní pojišťovna

Zákonný zástupce

Svědék

jméno a příjmení
bydliště
rodné číslo
vztah k pacientovi

- 1) Já* (jméno a příjmení a r. č.) souhlasím, aby mi bylo odebráno 2-10 ml krve na molekulárně genetické vyšetření
.....
- 2) Prohlašuji, že jsem byl/a poučena o účelu diagnostiky, který bude prováděn s biologickým materiálem odebraným s tímto souhlasem.
- 3) Měl/a jsem možnost položit jakýkoliv dotaz ohledně diagnostiky a potvrzuji, že všechny mé dotazy byly zodpovězeny.
- 4) Jsem si vědom/a toho, že můj biologický materiál nebude po vyšetření zničen, pokud o to výslovně nepožádám.
- 5) Zde potvrzuji svůj výslovný a dobrovolný souhlas s anonymním využitím mého biologického materiálu pro tyto možné účely:
 - a) pro **použití jako DNA kontrolní vzorek**
 - b) pro **stanovení mezilaboratorní kvality**
 - c) pro **vývoj a výzkum diagnostických metod**
- 6) Akceptuji to, že mi budou/ nebudou* sděleny výsledky genetické diagnostiky.

.....
PODPIS

.....
DATUM A MÍSTO

LÉKAŘ

Potvrzuji, že jsem výše podepsanou osobu informoval o cílech a podmínkách vyšetření a výsledky tohoto molekulárně genetického testu nebudou sděleny třetí straně bez souhlasu vyšetřeného:

JMÉNO LÉKAŘE:.....

ADRESA LÉKAŘE:.....

IČZ, odbornost.....

FAX, telefon a e-mail.....

.....
PODPIS

.....
DATUM

*nehodící se škrtněte, u nezletilých vyplní tento formulář jejich rodiče nebo zákonný zástupce