



Nazwisko i imię Pacjenta:.....

Data urodzenia Pacjenta: PESEL Pacjenta _ _ _ _ _

Nazwa i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość – w przypadku Pacjenta nieposiadającego numeru PESEL:
.....

Dane rodzica lub opiekuna prawnego Pacjenta (wypełnić, jeśli Pacjent jest niepełnoletni, całkowicie ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody):

Nazwisko i imię:

Data urodzenia PESEL: _ _ _ _ _

Kod skierowania, którego dotyczy zgoda

Rodzaj badanego materiału

Cel badania (wskazanie)

Niniejszym oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanych do wykonania badań w tym o ich celu, rodzaju, zakresie i znaczeniu badania genetycznego. Zostałem/am poinformowany/a o zagrożeniach związanych z testem genetycznym w tym szczególnie związanym z pobraniem materiału. Zostałem/am także poinformowany/a o sposobie w jaki będzie użyty materiał genetyczny oraz wyniki badań.

Udzielam zgody firmie ALAB laboratoria sp. z o.o. oraz współpracującym laboratoriom wymienionym w skierowaniu do:

- pobrania materiału i wykonania badania genetycznego,
- przekazanie wyników badań genetycznych lekarzowi wskazanemu w skierowaniu
- poinformowanie mnie o wynikach badania

Zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie do wycofania zgody w dowolnym momencie. Mam także prawo do świadomej rezygnacji z uzyskania informacji o wynikach badania a także do zażądania niezwłocznego zniszczenia wyników badania. Złożenie tych oświadczeń musi nastąpić pisemnie pod adres ALAB laboratoria sp. z o.o. i nie skutkują one prawem do zwrotu zapłaconych za wykonanie badania kwot.

Oświadczam, że:

- chciałem/chciałabym dowiedzieć się o wynikach zleconego badania genetycznego,
- przyjąłem/jąłem do wiadomości ofertę doradztwa genetycznego, takowe miało już miejsce lub też nie jestem nim obecnie zainteresowany/a,
- miałem/am dostatecznie dużo czasu na zastanowienie się przed udzieleniem swojej zgody ,
- informacje, które otrzymałem/am są dla mnie wystarczające do świadomego udzielenia zgody,
- w ciągu co najmniej dwóch miesięcy poprzedzających badanie nie wykonywano u mnie transfuzji krwi.

.....

Miejscowość i data Czytelny podpis Pacjenta / Rodzica / Opiekuna Prawnego
wyrażającego zgodę na wykonanie badań genetycznych

*niepotrzebne skreślić