

Souhlas vyšetřované/ho (zákonného zástupce) s molekulárně genetickým laboratorním vyšetřením

Jméno vyšetřované/ho:			
Datum narození:			
Účel genetického laboratorního vyšetření: (ověření/potvrzení dg., zjištění predispozice, přenašečství, zjištění nemoci u plodu atd.)			
Molekulárně genetické vyšetření pro:			
Ze vzorku:	<input type="checkbox"/> plná nesrážlivá krev	<input type="checkbox"/> izolovaná DNA	<input type="checkbox"/> jiný biologický materiál: _____

A. Prohlášení lékaře – vyplňuje lékař

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika výše uvedeného genetického laboratorního vyšetření. Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil/a s možnými výsledky a důsledky toho, že by vyšetření nebylo možno za výše uvedeným účelem provést (nezdařilo by se) nebo by nemělo potřebnou vypovídací schopnost pro naplnění sledovaného účelu. Seznámil/a jsem vyšetřovanou osobu i s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření. Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

Jméno lékaře:	Razítko:
Datum:	
Podpis:	

B. Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství k výše uvedenému genetickému laboratornímu vyšetření. Vše mi bylo vysvětleno jasně a srozumitelně. Měl/a jsem možnost vše si rádně v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval/a za podstatné a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na všechny dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Přeji I Nepřeji* si být informován/a o výsledku genetického laboratorního vyšetření.	
Přeji si být informován o výsledku vyšetření e-mailem:	
Mobilní tel. číslo pro zaslání hesla k otevření výsledku:	
Přeji si, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:	
Jméno:	Adresa:
Jméno:	Adresa:

Souhlasím I Nesouhlasím* s případným zapsáním mé osoby do registru nemocných.

Souhlasím I Nesouhlasím* s uchováním mé DNA v Laboratoři forenzní a lékařské genetiky, Unilabs Diagnostics k.s. pro účely dalšího vyšetřování v závislosti na pokroku ve výzkumu a v zájmu ostatních členů rodiny.

Souhlasím I Nesouhlasím* s využitím DNA k lékařskému výzkumu a zveřejněním získaných výsledků v odborných publikacích formou anonymizovaných či pseudonymizovaných údajů ve smyslu článku 4 Nařízení GDPR Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „Nařízení GDPR“).

S uvedenými osobními údaji bude zacházeno podle zásad Nařízení GDPR a v souladu platnými a účinnými právními předpisy České republiky. Zpracovávané údaje budou zabezpečeny tak, aby nemohlo dojít k úniku a zneužití těchto dat nepovolaným osobám.

Nebude-li zaškrtnuta žádná odpověď v poli „Souhlasím/Nesouhlasím“, je k dané záležitosti přístupováno, jako by byl vyjádřen „nesouhlas“.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření. Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Prohlašuji, že jsem všem údajům, poučením a souhlasům, které mi byly sděleny a vysvětleny, porozuměl/a.

V	Podpis vyšetřované osoby:
Dne	(zákonného zástupce)

Jméno zákonného zástupce:	Datum narození:
Vztah k vyšetřované osobě:	

* **nehodící se škrtněte**