

NESOUHLAS S GENETICKÝM LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM – NEGATIVNÍ REVERS

Jméno vyšetřované/ho: Číslo pojištění:

Účel genetického laboratorního vyšetření

Ověření/potvrzení diagnózy nemoci:

Zjištění predispozice pro nemoc:

Zjištění přenašečství pro nemoc:

Zjištění nemoci u plodu:

Předpokládaný prospěch tohoto vyšetření:

A. Prohlášení lékaře

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

Jméno lékaře: Podpis: Datum:

B. Navrhované genetické laboratorní vyšetření

Cytogenetické vyšetření:

Karyotyp (analýza chromozomů):

Jiné:

Molekulárně genetické vyšetření:

Vyšetření pro chorobu:

Jiné:

Ze vzorku:

Žilní krev Plodová voda Placenta Sliny Tkáň: kůže, sval Blastomera Pupečnicková krev

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že nesouhlasím s provedením výše vyznačených genetických laboratorních vyšetření s vědomím všech následků, na které jsem byl/a upozorněn/a.

podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce):

Č. pojištění zákonného zástupce: vztah k pacientovi:

V: Dne:

C. Prohlášení svědka

Potvrzuji, že vyšetřovaná osoba odmítá podepsat nesouhlas s navrhovanými genetickými laboratorními vyšetřeními.

Podpis svědka: V: Dne: