

## 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 .....