

Adresa pracoviště:Genetika Plzeň, s.r.o., Parková 1254/11a, 326 00 Plzeň
Tel.: +420 377 241 529, 603 174 793**NESOUHLAS S GENETICKÝM LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM – NEGATIVNÍ REVERS**

Jméno vyšetřované/ho:

Číslo pojištěnce:

1. Účel genetického laboratorního vyšetření

Ověření/potvrzení diagnózy nemoci

Zjištění predispozice pro nemoc

Zjištění přenašečství pro nemoc

Zjištění nemoci u plodu

Předpokládaný prospěch tohoto vyšetření

2. Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/rmu (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

3. 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. pojištěnce zákonného zástupce

vztah k pacientovi..... V Dne

4. Prohlášení svědka

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

Podpis svědka V Dne