



JMÉNO A PŘÍJMENÍ

RODNÉ ČÍSLO

BYDLIŠTĚ

Účel genetického laboratorního vyšetření

- ☐ Ověření / potvrzení diagnózy nemoci: _____
☐ Zjištění predispozice pro nemoc: _____
☐ Zjištění přenašečství pro nemoc: _____
☐ Zjištění nemoci u plodu: _____

Předpokládaný prospěch tohoto vyšetření: _____

Typ biologického vzorku

Typ biologického vzorku, který je zapotřebí pro genetické laboratorní vyšetření:

- ☐ žilní krev ☐ pupečnicková krev ☐ plodová voda ☐ placenta ☐ bukalní stěr
☐ tkáň: kůže, sval
☐ jiný: _____

Typ genetického laboratorního vyšetření

cytogenetické:

- ☐ Karyotyp (analýza chromosomů) _____
☐ Jiné _____

molekulárně genetické:

- ☐ Vyšetření genu(ů) pro chorobu _____
☐ Jiné _____

jiné:

- ☐ _____

Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem vyšetřované / mu (zákonnému zástupci vyšetřovaného) jasně a srozumitelně vysvětlil / a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika výše uvedeného genetického laboratorního vyšetření. Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil / a s možnými výsledky a s 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 (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.



Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření za účelem jak uvedeno shora a že jsem poskytnuté informace porozuměl / a. Měl / a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl / a jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval / a za pro mne podstatné a potřebné vědět a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl / a. Na tyto mé dotazy jsem dostal / a jasnou a srozumitelnou odpověď.

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), a to:

Jméno lékaře

Podpis lékaře

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce)

V Praze dne

JMÉNO ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

RODNÉ ČÍSLO

VZTAH K VYŠETŘOVANÉ OSOBE

Prohlášení svědka

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

Jméno svědka

Podpis svědka a datum

Poučení: Pro potřeby ostatních subjektů podílejících se na diagnostice se poskytuje kopie tohoto dokumentu.