

**Deklaracja świadomej zgody na wykonanie badań genetycznych z kosmówki poronionego płodu
metodą PCR lub metodą FISH**

Dane Pacjenta lub rodzica lub opiekuna prawnego:

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia:, PESEL:

Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL

.....

Numer identyfikacyjny pacjenta (podawany przy braku innych danych)

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na wykonanie badań genetycznych

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego materiału z kosmówki poronionego płodu/ martwo urodzonego dziecka do badań genetycznych, w celu:

oznaczenia metodą FISH trisomii 21, 18, 13, X, Y lub oznaczenia płci metodą PCR

Jestem świadomy/a, że pobrany materiał zostanie użyty w celu wykonania diagnostyki:

oznaczenia płci metodą PCR - **250,00zł**

trisomii 21, 18, 13, X, Y metodą FISH -**850,00zł**

Zostałem/łam także poinformowany/na o tym, że:

1. pobrany materiał będzie przechowywany do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach,
2. istnieje możliwość niezyskania wyników z przyczyn technicznych,
3. wiem, że badanie jest dobrowolne i że mogę zrezygnować z niego w każdej chwili bez podania powodu. Zrezygnowanie z uczestnictwa w badaniu nie będzie miało wpływu na przebieg dalszej opieki lekarskiej.
4. wynik badania będzie wydany po uiszczeniu należności : na rachunek bankowy: 03 1500 1894 1218 9001 5115 0000 lub bezpośrednio w placówce.

.....
Data i czytelny podpis (imię i nazwisko) Pacjenta lub rodzica lub opiekuna prawnego

Oświadczenie

Pacjent/ rodzic /opiekun prawny oświadcza, iż został poinformowany o istocie podejrzewanej/ rozpoznanej choroby oraz o rodzaju i znaczeniu diagnostycznym proponowanych badań genetycznych dla potwierdzenia bądź ustalenia rozpoznania choroby oraz o możliwych wynikach tych badań.

.....
Data i czytelny podpis (imię i nazwisko) Pacjenta lub rodzica lub opiekuna prawnego

Potwierdzam, że zapoznałam/em się z polityką prywatności dostępną na stronie internetowej www.godulahope.pl

.....
Data i czytelny podpis (imię i nazwisko) Pacjenta lub rodzica lub opiekuna prawnego

Oświadczenie o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/a na mocy § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069)

***upoważniam** Panią/Pana,
zam., tel. do uzyskiwania mojej
dokumentacji medycznej

* nikogo **nie upoważniam**.

.....
Data i czytelny podpis (imię i nazwisko) Pacjenta lub rodzica lub opiekuna prawnego

Oświadczenie o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia

Ja niżej podpisany/a na mocy § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069)

***upoważniam** Panią/Pana,
zam., tel.
do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych

* nikogo **nie upoważniam**.

.....
Data i czytelny podpis (imię i nazwisko) Pacjenta lub rodzica lub opiekuna prawnego

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie wszystkich danych osobowych ze względu na ich szczególny charakter dotyczący wykonania badań genetycznych np.: pochodzenie etniczne, dane genetyczne członków rodziny i inne. Dane osobowe będą chronione zgodnie z obowiązującymi ustawami o ochronie danych osobowych - w szczególności ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2016 r. poz. 922 z późniejszymi zmianami) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1) (zwanego dalej: RODO).

.....
Data i czytelny podpis (imię i nazwisko) Pacjenta lub rodzica lub opiekuna prawnego