

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADAŃ GENETYCZNYCH Z KOSMÓWKI PORONIONEGO PŁODU METODĄ PCR LUB METODĄ FISH

Nazwisko i imię pacjentki

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 - 390,00 zł (czas oczekiwania 3-5 dni)

trisomii 21,18,13, X, Y metodą FISH - 850,00 zł (czas oczekiwania 3-7 dni)

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

- pobrany materiał będzie przechowywany do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach,*
- istnieje możliwość niezyskania wyników z przyczyn technicznych,*
- 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.

- badania zostanie wykonane po uiszczeniu należności bezpośrednio w placówce lub na rachunek bankowy nr 03150018941218 90015115 0000.*

.....
data

.....
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

.....
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 2015 r. 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

.....
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 2015 r. 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

.....
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 1997 r. 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 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/A6/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1) (zwanego dalej: RODO).

.....
data

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

