

Deklaracja świadomej zgody na wykonanie badań genetycznych i/lub biochemicznych w celu diagnostyki prenatalnej lub postnatalnej

Dane Pacjenta:

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)
 tel adres e-mail:

Dane opiekuna prawnego (w przypadku gdy osoba jest małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody:

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia:, PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

tel adres e-mail:

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na wykonanie badań genetycznych lub/i biochemicznych

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego: ode mnie od dziecka od mojego podopiecznego materiału w postaci: płynu owodniowego trofoblastu krwi innego , do badań genetycznych, w kierunku:

badanie prenatalne , **oznaczenia kariotypu z krwi obwodowej**, , **wykrywanie mutacji metodą sekwencjonowania (onkologia)** , **wykrywanie mutacji metodą sekwencjonowania (pakiet nieonkologiczny)**
Chlamydia Trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae Ureaplasma

(nazwa choroby, wskazanie do badania)

Jestem świadomy/a, że pobrany materiał zostanie użyty w celu zleconej diagnostyki.

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

1. Pobrany materiał będzie przechowywany do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach, jednakże może zaistnieć konieczność powtórnego pobrania materiału.
2. Istnieje możliwość nieuzyskania wyników z przyczyn technicznych.
3. W niektórych sytuacjach wynik badań może być niejednoznaczny lub niewłaściwie zinterpretowany gdy:
 - pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane,
 - wykonano transfuzję krwi w ciągu 2 miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych,
 - był wykonany przeszczep szpiku kostnego.
4. Jeśli w okresie od pobrania materiału do badań do dnia wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza „Deklaracja Świadomej Zgody”.
5. Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody na wykorzystanie wyniku badania bez danych osobowych pacjenta do publikacji naukowych mających na celu poszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża chorób genetycznych.
6. Wiem, że badanie jest dobrowolne i że mogę zrezygnować z niego w każdej chwili bez podania powodu. Zostałem/tem poinformowany, że rezygnacja z badania a w konsekwencji jego niewykonanie może mieć wpływ na przebieg dalszej opieki lekarskiej.

Zostałem/lam poinformowany/a o konieczności przetwarzania moich danych osobowych w związku z wykonaniem diagnostyki genetycznej. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do wyżej wymienionych celów, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Data
.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta/opiekuna prawnego(rodzica)

zakreślić właściwe)

Deklaracja świadomej zgody na wykonanie badań genetycznych i/lub biochemicznych w celu diagnostyki prenatalnej lub postnatalnej

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Ja niżej podpisany/a, na mocy obowiązujących przepisów

***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

Ja niżej podpisany/a, na mocy obowiązujących przepisów

***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

Wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych osobowych do NFZ oraz na gromadzenie i przetwarzanie przez NFZ moich danych dla potrzeb realizacji i monitorowania profilaktycznych programów zdrowotnych

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

Wyrażam zgodę*/ nie wyrażam zgody * na przekazywanie pocztą */ przekazywanie pocztą e-mail */ przekazywanie za pośrednictwem SMS * zawiadomienia o kolejnej wizycie.

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

Wyrażam zgodę*/ nie wyrażam zgody * na przekazywanie pocztą */ przekazywanie pocztą e-mail */ przekazywanie wyniku badania.

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

Wyrażam zgodę*/ nie wyrażam zgody * na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji zadań statutowych Fundacji

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

* niepotrzebne skreślić