

FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT

pentru examinarea diagnostică conform Legii privind diagnosticul genetic prin intermediul MVZ Labor Dr. Kirkamm GmbH

Date pacient:

Nume, Prenume: _____ Data nașterii: _____

Strada, Cod poștal/Loc: _____

Stimată doamnă pacientă, stimate domnule pacient,

Dumneavoastră (sau unei persoane, pe care o aveți în custodie sau pe care o îngrijiți) vi s-a recomandat o examinare genetică umană (Analiză) pentru a clarifica următorul/a diagnostic/problemă:

_____ a se completa de către medic

pacient sau la _____

Cu semnătura de mai jos confirm,

- mi-a fost clarificată de către medicul curant semnificația și consecințele examinării citate mai sus,
- mi s-a acordat suficient timp de gândire înainte de a da consimțământul pentru examinare,
- pot oricând să îmi retrag consimțământul, să întrerup examinarea și doar serviciul prestat până atunci să fie facturat,
- sunt de acord cu prelevarea necesară a materialului de examinare și analiza genetică, care se va efectua pentru clarificarea diagnosticului (suspectat) citat mai sus.

Cu transmiterea mai departe a cererii de examinare la un laborator medical specializat (de ex. Centru de consiliere genetică umană, Instituție medicală) sunt

a) de acord. b) nu sunt de acord.

Cu privire la rezultatul analizelor genetice aș dori

a) să fiu informat. b) să nu fiu informat.

Comunicarea rezultatelor examinării la următorul medic curant (vezi căsuța din dreapta) sunt

a) de acord. b) nu sunt de acord.

Medic curant:

