

Consimțământ pentru testarea genetică

NUME, PRENUME

DATA NAȘTERII

Z	Z	L	L	A	A
---	---	---	---	---	---

DATA

SEMNĂTURA ȘI PARAFĂ MEDICULUI

Diagnosticul pacientului și analiza/ele solicitate:

Am fost informat de către medicul meu curant despre semnificația și domeniul de aplicare al diagnosticului în cauză, în special scopul, natura, semnificația și consecințele investigației.

 DA
 NU

Sunt de acord cu prelevarea probei necesară testării

 DA
 NU

Am avut suficient timp de gândire înainte de a-mi da acordul pentru testul menționat mai sus, și am dreptul de a-l retrage, în orice moment, în scris.

 DA
 NU

Sunt de acord ca proba rămasă să fie păstrată, pentru o verificare ulterioară a rezultatelor sau în cazul în care medicul va avea nevoie de analize suplimentare, sau în scopuri științifice (de exemplu, dezvoltarea unor metode noi) până în momentul în care acest drept va fi revocat

 DA
 NU

Analiza dorită poate fi trimisă unui laborator partener de specialitate medicală

 DA
 NU

Rezultatele testelor pot fi păstrate pe o perioadă mai lungă decât cea prevăzută de 10 ani.

 DA
 NU

LOCALITATE

DATA

SEMNĂTURĂ PACIENT /
TUTORE LEGAL

Einwilligungserklärung

Zur genetischen Untersuchung (§8 Gendiagnostikgesetz)

NAME, VORNAME

GEBURTSDATUM

Z	Z	L	L	A	A
---	---	---	---	---	---

DATUM

UNTERSCHRIFT ARZT UND STEMPEL KH

Abzuklärende Fragestellung:

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Diagnostik insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt.

 JA
 NEIN

Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.

 JA
 NEIN

Mir wurde ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt und ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen.

 JA
 NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke (z.B. Methodentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann.

 JA
 NEIN

Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden.

 JA
 NEIN

Die Untersuchungsergebnisse können über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.

 JA
 NEIN

ORT

DATUM

UNTERSCHRIFT PACIENT /
SORGEBERECHTIGTER