

GenVias s.r.o. Šustekova 2422/2 Bratislava 851 04	POUČENIE A PÍSOMNÝ INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA s genetickou analýzou podľa § 6 ZÁKONA č.576/2004 Z.Z
--	---

Meno, priezvisko a dátum narodenia vyšetrovanej osoby:

.....

Adresa bydliska / poštová adresa:

.....

Na základe vyšetrenia vyššie uvedenej osoby vzhľadom na rodinnú anamnézu a splnené indikačné kritériá pre DNA analýzu danej osoby, bolo stanovené podozrenie pre :

.....

Navrhované genetické vyšetrenie:

.....

Dole podpísaný(á)potvrdzujem svojím podpisom, že lekárovi, ktorý ma konzultoval, som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil(a) žiadne vážnejšie ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil(a), prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované (v prípade potreby doplnenie anamnestických údajov). Zároveň prehlasujem, že mi boli poskytnuté všetky informácie a jasne a zrozumiteľne mi bol vysvetlený prínos DNA analýzy. Som si vedomý/á, že konečný výsledok genetickej analýzy môže byť stresujúci a beriem to na vedomie. Neboli na mňa vyvíjané žiadne nátlaky a mal/a som dostatok času pre pochopenie všetkých informácií o testovaní.

.....

Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som bol(a) počas dnešného lekárskeho vyšetrenia informovaný(á) o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, ktorá mi má byť poskytnutá, vrátane diagnostických alebo liečebných postupov, prípadne potrebných zdravotných výkonov , ako aj o možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou

Bol(a) som tiež poučený (á) o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne a bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickým postupom

Súhlasím

-

Nesúhlasím

Podľa zákona č.576/2004 Z.z. súhlasím, aby boli informácie o mojom zdravotnom stave poskytované len osobe, ktorú som určil(a)
a to.....

Beriem na vedomie a súhlasím s tým, že iným osobám informácie o mojom zdravotnom stave poskytované nebudú.

V Bratislave dňa.....

Podpis a odtlačok pečiatky lekára

.....
.....

Podpis osoby/(prípadne zákonného zástupcu), ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť

.....
.....