

PRIVOLITEV ZA GENETSKO
TESTIRANJE

Preiskovanec/-ka (nalepka ali podatki)	Zakoniti zastopnik/ca (sorodstveno razmerje):
Ime in priimek:	Ime in priimek:
Datum rojstva:	Datum rojstva:

Indikacija za genetsko testiranje: _____

1.	Obveščeni/a sem bil/a o namenu preiskave in se strinjam z odvzemom potrebnega biološkega materiala in genetsko analizo vzorca.	DA	NE
2.	Strinjam se, da se vzorec DNK trajno shrani za možno ponovno/dodatno testiranje.	DA	NE
3.	Strinjam se s posredovanjem vzorca v drug laboratorij, če analiza v laboratoriju Kliničnega inštituta za genetsko diagnostiko UKC Maribor ni možna.	DA	NE
4.	Razumem, da bodo moji podatki DNK analize v anonimni obliki shranjeni na Kliničnem inštitutu za genetsko diagnostiko UKC Maribor. Razumem, da bodo vključeni v strokovne mednarodne baze podatkov z namenom doprinosa k napredku v znanju.	DA	NE
5.	Kliničnemu inštitutu za genetsko diagnostiko UKC Maribor dovoljujem uporabo mojih anonimiziranih podatkov, pridobljenih z genetsko analizo, v raziskovalne namene.	DA	NE
6.	Strinjam se, da se lahko rezultat preiskave uporabi v diagnostične namene pri obravnavi mojih sorodnikov, če bi bilo to potrebno.	DA	NE

Zavedam se, da lahko privolitev v kateremkoli trenutku umaknem, bodisi v celoti bodisi za posamezne točke tega soglasja.

Kraj in datum: _____ Podpis: _____

Izjava odgovorne osebe:

Preiskovancu/ki sem razumljivo razložil/-a pomen in omejitve predvidene genetske analize.

Ime in priimek (ali žig): _____

Kraj in datum: _____ Podpis: _____