

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT / ÖRÖKLÖTT BETEGSÉG DIAGNOSZTIKA (NGS)

Érintett neve: Teszt Elek

Születési dátum: 1945.04.04

TAJ: 000-111-222

Anyja neve: Ápoló Margit

Telefonszám: +36301122334

E-mail cím: tesztelek@email.hu

Lakcím: 9999, Magastorony, Fő utca 18

A nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy teljeskörű tájékoztatásban részesültem a genetikai vizsgálattal kapcsolatban, továbbá megértettem és hozzájárulok az alább felsoroltakhoz:

1. A vizsgálatkérő orvos ismertette velem a vizsgálat típusok lehetőségeit, illetve korlátait és hozzájárulok ahhoz, hogy mintát vegyenek tőlem genetikai vizsgálat céljából.
2. A vizsgálat során a betegségem hátterében álló genetikai eltéréseket, ezen eltérések rizikóját, illetve az esetleges terápiára várható válaszokat, és mellékhatásokat határozzák meg.
3. Jogomban áll külön indoklás nélkül visszavonni a genetikai vizsgálathoz adott hozzájárulásomat.
4. A vizsgálat eredménye hatással lehet személyemre és családtagjaimra, illetve a vizsgálat kimutathat korábban nem ismert biológiai rokonsági kapcsolatokat vagy ezek hiányát.
5. A biológiai mintámból kinyert DNS-t, illetve a megadott, valamint a vizsgálatok során nyert személyes adataimat a szolgáltató biztonságosan tárolja és elemzi.
6. A szolgáltató adataimat nem beazonosítható módon, tudományos adatbázisokban rögzíti a vonatkozó egészségügyi és adatvédelmi szabályok, irányelvek figyelembevételével.
7. A vizsgálat során leírt eredményt a jövőben a szolgáltató, szükség esetén újra elemezheti és/vagy más vizsgálatok során felhasználhatja.
8. Annak eldöntéséhez, hogy a kapott eredmények jelentősek-e személyem vagy rokonaim számára, adataim más betegek eredményeivel való összehasonlítására kerülhet sor.
9. A vizsgálat eredményei bizonytalan és a tudomány jelenlegi állása kapcsán még nem teljesen megértett megállapításokat is tartalmazhatnak. Ezek pontosabb elemzésére további családtagoktól is mintára lehet szükség.
10. Idővel új ismeretek válhatnak elérhetővé, amik megváltoztathatják a vizsgálat során azonosított variánsok jelentőségét és az ebből származó klinikai következtetéseket.
11. A jelen genetikai vizsgálattal potenciális lehetőségem nyílik olyan specifikus kutatásokban részt venni, amelyek számomra vagy mások számára is hasznosak lehetnek, és amennyiben lehetőség adódik, hozzájárulok ahhoz, hogy felvegyék velem a kapcsolatot.
12. A vizsgálatkérés, vagy annak részletei szükség esetén más, specializált, együttműködő laboratóriumba kerüljenek továbbításra.
13. Az iBioScience Kft. által gyűjtött adatok elektronikus tárolásához, feldolgozásához és további kezeléséhez hozzájárulok.

Ez a nyilatkozat részben, vagy egészben bármikor visszavonható. Kijelentem, hogy kellő idő állt rendelkezésemre a beleegyezés megfontolásához.

Amennyiben az alábbi négyzetek nincsenek kitöltve a válasz nemlegesként értelmezendő.

Hozzájárulok a vizsgálati anyagom 5 évig történő tárolásához további vizsgálatok, és/vagy minőségbiztosítási eljárások céljából.	igen
Hozzájárulok a vizsgálati eredményem 10 éven túli tárolásához.	igen
Hozzájárulok, hogy kóroki (elsődleges) találat esetében a kezelőorvos tájékoztasson a kockázatokról és a lehetőségekről.	igen
Hozzájárulok, hogy a szolgáltató kapcsolatba lépjen velem és felhasználhassa a vizsgálati anyagom egy részét, anonim módon tudományos kutatás, oktatás és publikáció céljából.	igen
Hozzájárulok, hogy amennyiben az eredeti klinikai kérdéshez nem kapcsolódó váratlan (másodlagos vagy incidentális) eredményeket azonosít a vizsgálat, a kezelőorvos tájékoztasson a kockázatokról és a lehetőségekről, illetve ezen eredmények jelentőségének feltárásához további tesztek vagy vizsgálatokat ajánljon.	igen

Dátum: 2024.01.17

Én, a beküldő orvos, nyilatkozom, hogy jogosult vagyok genetikai vizsgálatot kérni.

Beteg:

.....

(aláírás)

Beküldő orvos:

.....

(aláírás)
p.h.

Törvényes képviselő:

.....

(aláírás)