

.....
Imię i Nazwisko pacjenta

.....
PESEL

.....
adres i/lub tel. kontaktowy

***Deklaracja Świadomej Zgody Pacjenta (lub opiekuna prawnego)
na wykonanie molekularnych badań diagnostycznych**

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego materiału biologicznego w celu izolacji DNA i wykonania molekularnych badań diagnostycznych polegających na identyfikacji zmian lub polimorfizmów w jego obrębie.

Zostałam/em poinformowana/y o rodzaju badania genetycznego i jego możliwych wynikach oraz konieczności ich konsultacji z lekarzem specjalistą.

[W przypadku pobierania krwi do badań] Potwierdzam, że nigdy nie poddawano mnie przeszczepowi szpiku, a w ostatnich 2 miesiącach -transfuzji krwi.

.....
data

.....
czytelny podpis pacjenta lub jego opiekuna prawnego

***UWAGA:**

Zgoda pacjenta na badania jest niezbędna do ich wykonania.

Zgodnie z przepisami badanie molekularne nie może być wykonane przez laboratorium bez pisemnej zgody pacjenta, ponieważ jest ona integralną częścią dokumentacji badania.