



Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě
Partyzánské náměstí 2633/7
Moravská Ostrava, 702 00 Ostrava
Centrum klinických laboratoří

Souhlas vyšetřované/ho (zákonného zástupce) s molekulárně genetickým laboratorním vyšetřením

Jméno vyšetřované/ho:
Číslo pojištění:Datum narození:Kód pojišťovny:.....
Vyšetření: <input type="checkbox"/> céliakie (HLA DQ2 / DQ8) <input type="checkbox"/> HLA-B27 <input type="checkbox"/> intolerance laktózy <input type="checkbox"/> jiné.....
Ze vzorku: <input type="checkbox"/> žilní krev <input type="checkbox"/> jiné

A. Prohlášení lékaře - vyplňuje lékař

Prohlašuji, že jsem vyšetřovanému (zákonnému zástupci) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika výše uvedeného genetického laboratorního vyšetření. Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil/a s možnými výsledky a důsledky toho, že by vyšetření nebylo možno za výše uvedeným účelem provést (nezdařilo by se) nebo by nemělo potřebnou vypovídací schopnost pro naplnění sledovaného účelu. Seznámil/a jsem vyšetřovanou osobu i s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření. Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

Jméno lékaře:..... Podpis:

Datum: Razítko:

B. Prohlášení vyšetřované/ho (zákonného zástupce)

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto odborné poradenství k výše uvedenému genetickému laboratornímu vyšetření. Vše mi bylo vysvětleno jasně a srozumitelně. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékařem zeptat na vše, co jsem považoval/a za podstatné a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na všechny dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

DNA bude uchována v laboratoři a anonymně využita k lékařskému výzkumu, popřípadě budou zveřejněny získané výsledky v odborných publikacích. (V případě nevyplnění bude považováno za souhlas.)

SOUHLASÍM

NESOUHLASÍM

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření. Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Prohlašuji, že jsem všem údajům, poučením a souhlasům, které mi byly sděleny a vysvětleny, porozuměl/a.

VDne:

Podpis vyšetřované/ho (zákonného zástupce):.....

Jméno a příjmení zákonného zástupce:.....

Datum narození:..... Vztah k vyšetřované/mu:.....

IČ: 71009396
DIČ: CZ71009396

Bankovní spojení: 3235761/0710
Datová schránka: pubj9r8

Tel.: 596 200 111
Fax: 596 118 661

www.zuova.cz
podatelna@zuova.cz