

**ZAMÓWIENIE WYKONANIA BADANIA GENETYCZNEGO  
Z DEKLARACJĄ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA****Wypełnia pacjent pełnoletni lub rodzic/opiekun prawny pacjenta**

Nazwisko i imię pacjenta:	
PESEL pacjenta:	
Telefon kontaktowy:	E-mail:
Adres kontaktowy:	

Nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego (w przypadku pacjentów małoletnich albo całkowicie ubezwłasnowolnionych):
Adres miejsca zamieszkania:

Pobrano ode mnie lub dziecka materiał (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat):

 krew     tkanka     płyn owodniowy     trofoblast     inne (.....)

zostanie wykorzystany do diagnostyki molekularnej opartej na analizie DNA w kierunku:

.....  
**nazwa choroby oraz kod procedury****Jestem świadomy/a, że:**

- Pobrano materiał zostanie użyty w celu izolacji DNA oraz wykonania diagnostyki:
  - prenatalnej (przedurodzeniowa)
  - postnatalnej (pourodzeniowa)
    - weryfikacja rozpoznania klinicznego
    - określenia statusu nosicielstwa
    - określenia predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę genetyczną.
- Wyizolowany DNA będzie przechowywany w odpowiednich warunkach, istnieje jednak ryzyko degradacji DNA (proces naturalny) dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.
- W przypadku gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymany wynik molekularnego badania genetycznego może być nieprawidłowy.
- Jeśli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki molekularnej a datą wydania wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza *Deklaracja Świadomej Zgody*.
- Jeśli w okresie 2 miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych wykonano u mnie/dziecka transfuzję, poinformuję o tym pracownika MedGen. Niepoinformowanie pracownika MedGen o wykonanej transfuzji w ciągu ostatnich 2 miesięcy przed wykonywaniem badań genetycznych może skutkować uzyskaniem nieprawidłowego wyniku badania i może mieć wpływ na interpretację uzyskanego wyniku badania genetycznego.
- Preparat DNA standardowo jest przechowywany w banku DNA Laboratorium Medgen, dzięki czemu możliwe jest wykonanie w dowolnym czasie dodatkowych badań dla Pacjenta. Prosimy zaznaczyć:

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZECHOWYWANIE DNA                    NIE WYRAŻAM ZGODY NA PRZECHOWYWANIE DNA:           

- Uzyskanie wyniku nieinformacyjnego (np. z powodu niskiej jakości DNA, zbyt małej ilości DNA, co jest możliwe do sprawdzenia po przeprowadzeniu reakcji amplifikacji DNA) nie jest podstawą do zwrotu kosztów wykonania badania. Laboratorium MedGen dokłada wszelkich starań aby zminimalizować ryzyko zaistnienia takiej sytuacji (m.in. poprzez stosowanie odczynników najwyższej jakości), jednakże wykluczenie takiej sytuacji nie jest możliwe.
- Uzyskałem/am od lekarza zlecającego badanie informację, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 23 marca 2017r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz.836, z późn. zm.), w szczególności o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania genetycznego.

**Wskazania do wykonania badania (np. objawy kliniczne):**  
.....**Czy badanie genetyczne było wykonywane wcześniej? Jeśli tak, to w kierunku jakiej choroby?**  
.....**Czy w rodzinie występowały choroby genetyczne? Jeśli tak, to jakie i u kogo?**  
.....  
.....



Imię i nazwisko Pacjenta:.....

PESEL Pacjenta: .....

Ja niżej podpisany/a, niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych mojego Dziecka przez CM MedGen z siedzibą w Warszawie, (dalej zwanym: „Administratorem”), w celu wykonania badań genetycznych. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do wykonania badań genetycznych. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda. Odbiorcami danych jest Administrator oraz ..... Mam prawo wycofania zgody w dowolnym momencie. Dane osobowe będą przetwarzane do odwołania zgody, a po takim odwołaniu, przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących administratorowi danych i w stosunku do niego. Mam prawo żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis lekarza kierującego

.....  
Podpis pacjenta >18. r.ż. / rodzica / opiekuna prawnego

.....  
Podpis pacjenta niepełnoletniego >16 r. ż.

### UPOWAŻENIE

Ja, ....., o numerze PESEL:.....,

**Upoważniam do dostępu do informacji o moim stanie zdrowia/o stanie zdrowia mojego Podopiecznego:**

Panią/Pana .....

*imię i nazwisko .*

zamieszkałą/ego.....

tel. kontaktowy.....

.....  
*imię i nazwisko Pacjenta, data*

**Upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych/:**

Panią/Pana .....

*imię i nazwisko*

zamieszkałą/ego.....,

tel. kontaktowy.....

.....  
*imię i nazwisko Pacjenta, data*

**Nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do informacji o moim stanie zdrowia oraz do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych.**

.....  
*imię i nazwisko Pacjenta, data*

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09/11/2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 nr 2069).