



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

**JMÉNO VYŠETŘOVANÉ/HO:** .....

**ČÍSLO POJIŠTĚNCE:** .....

**Účel genetického laboratorního vyšetření:**

- ověření/potvrzení diagnózy nemoci a/nebo vývojové vady: .....
- zjištění predispozice pro nemoc a/nebo vývojovou vadu: .....
- zjištění přenosčnosti pro nemoc a/nebo vývojovou vadu: .....
- k optimalizaci léčby: .....
- jiné .....

**Ze vzorku:** kostní dřeň, periferní krev, tkáň tumoru, plodová voda, jiné .....

**A. Prohlášení lékaře - vyplňuje lékař**  
 Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky a možné rizika výše uvedeného cytogenetického/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 (nezdánilo 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:** .....

**B. Prohlášení vyšetřované osoby**

Pobírauji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství k výše uvedenému genetickému laboratornímu vyšetření. Vše mi bylo vysvětleno jasně a srozumitelně. Měl/a jsem možnost vše si říci, 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.

- Přeji/ Nepřeji si být informován/a o výsledku cytogenetického/genetického laboratorního vyšetření.
- Přeji/ Nepřeji si být informován/a o výsledku neočekávaných nálezů.
- Přeji si, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

**Jméno:** ..... **Adresa:** .....

**Jméno:** ..... **Adresa:** .....

- **Souhlasím/ Nesouhlasím** s případným zapsáním mé osoby do registru nemocných.
- **Souhlasím/ Nesouhlasím** s uchováním buněčné suspenze/DNA pro účely dalšího vyšetřování v závislosti na pokroku ve výzkumu a v zájmu ostatních členů rodiny. Jsem si vědom/a, že v případě nesouhlasu, JE nebude možné výsledek některých vyšetření dodatečně ověřit nebo doplnit a bude nutný nový odběr materiálu.
- **Souhlasím/ Nesouhlasím** s využitím výsledků genetického laboratorního vyšetření a relevantních informací o mém zdravotním stavu, včetně fotodokumentace, k vědeckým a výzkumným účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v **anonymní formě**.

Na základě tohoto poučení prohlásuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření. Byl/a jsem seznámen/a s možností vysoké úrovně péče při sdělení pozitivního výsledku a všemi důsledky s tím spojenými. Jsem si vědom/a, že souhlasím mezi sebou a ostatními.

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

**Dne:** ..... **Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce)**

**V:** .....

**Jméno zákonného zástupce:** ..... **Číslo pojištění:** .....

**Vztah k vyšetřované osobě:** .....