

Согласие с генетическим обследованием (§8 Закон генетической диагностики)

Пациент

Фамилия: _____

Имя: _____

День рождения: _____

Объём генетической диагностики

Мой врач объяснил мне значение этой генетической диагностики, в особенности смысл, объём и последствия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Я согласен со взятием необходимого материала (в данном случае -крови) для обследования	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
У меня было достаточно времени подумать, прежде чем дать это согласие. Мне известно, что я имею право моё согласие в любое время аннулировать	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Я также согласен с тем, что остатки моего анализа крови будут храниться для возможного контроля спустя некоторое время, в случае если мой врач пожелает дополнительные параметры или для научного назначения (развития новых методов), до тех пор, пока я это согласие не аннулирую	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Если необходимо, мой анализ крови может быть отправлен в другую специализированную медицинскую кооперативную лабораторию	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Результаты моего анализа крови могут храниться 10 лет и дольше, чем установлено законом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Я согласен с тем, что результаты моего анализа крови будут отправлены к моим другим лечащим врачам	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Местонахождение

Дата

Подпись пациента

или

**Подтверждение лечащего врача,
что объяснение состоялось и
подписанное пациентом согласие с
генетическим обследованием есть**