

## Laboratorium Klinische Genetica

### Geniş çaplı DNA araştırması için izin formu (gen paketi/WES/WGS)

**Patient\***

First name and surname \_\_\_\_\_

Street and house number \_\_\_\_\_

ZIP code and address \_\_\_\_\_

Date of birth \_\_\_\_\_

Gender m / f

BSN \_\_\_\_\_

X-number: \_\_\_\_\_

- \* Trio dizileme ve/veya <16 yaş hasta durumunda ayrıca ebeveyn(ler)in ve/veya yasal temsilci(ler)in bilgileri doldurun.  
Trio dizileme için, her iki ebeveynin imza atmaları şartıyla doldurulmuş tek izin formu yeterlidir.

**Parent 1 / legal guardian\***

First name and surname \_\_\_\_\_

Street and house number \_\_\_\_\_

ZIP code and address \_\_\_\_\_

Date of birth \_\_\_\_\_

BSN \_\_\_\_\_

**Parent 2 / legal guardian\***

First name and surname \_\_\_\_\_

Street and house number \_\_\_\_\_

ZIP code and address \_\_\_\_\_

Date of birth \_\_\_\_\_

BSN \_\_\_\_\_

Benim/yasal olarak sorumlu olduğum kişinin DNA'sının depolanmasına ve aşağıda yazılı olan rahatsızlık nedeniyle gen paketi ve/veya whole exome sequencing (WES) ve/veya whole genome sequencing (WGS) vasıtasıyla test edilmesine izin veriyorum:

#### İkincil bulgular

Konsültasyon sırasında ikincil bulguların aşağıdaki şekilde bildirileceği görüşülmüştür:

- Tıbbi tedavi veya kontrol mümkün ise rahatsızlığın eğilimi bildirilir.
- Mevut bilgiye esasen tıbbi tedavi veya kontrol mümkün **değilse** rahatsızlığın eğilimi **bildirilmez**.
- Kendim için değil de altsoyum için bir rahatsızlığa dair yüksek risk oluşturan ikincil bulgu bulunursa bu durum bildirilir.

#### Sadece yukarıdaki anlaşmalardan sapıldığında başvuran kişi tarafından doldurulur

Eğer görüşme sırasında ikincil bulguların bildirilmesiyle ilgili başka anlaşmalar yapılmışsa, bunların aşağıda belirtilenlerin hangilerinin olduğunu işaretleyin:

Tıbbi tedavi veya kontrolü mümkün olan rahatsızlığın eğilimi **bildirilmez** (=opt-out).

Mevcut bilgiye esasen tıbbi tedavi veya kontrolü mümkün olmayan rahatsızlığın eğilimi **bildirilir** (=opt-in).

Eğer altsoy için rahatsızlığa dair yüksek risk oluşturulursa bu **bildirilmez** (=opt-out).

Olası açıklamalar:

## Laboratorium Klinische Genetica

### Gelecekte yeniden iletişime geçmek

Sizin için önemli olabilecek yeni bilginin ortaya çıkması mümkündür. Konu hakkında bilgilendirme isteyip istemediğimi kendim belirtebilirim.

*Make your choice:*

Klinik Genetik bölümü gelecekte yeni bilgi için benimle iletişime geçebilir. (May contact me)

Klinik Genetik bölümü gelecekte yeni bilgi için benimle iletişime **geçemez**. (May **not** contact me)

### Genel ve imzalama

Geniş çaplı DNA araştırması hakkında hem sözlü hem de yazılı olarak bilgilendirildim.

İznimi değiştirmemin veya geri çekmemin her an mümkün olduğunu anlamış bulunuyorum.

*Sign here*

\_\_\_\_\_  
Hastanın adı\*

\_\_\_\_\_  
Hastanın imzası\*

\_\_\_\_\_  
1. Ebeveynin / yasal temsilcinin adı\*

\_\_\_\_\_  
1. Ebeveynin / yasal temsilcinin imzası\*

\_\_\_\_\_  
2. Ebeveynin / yasal temsilcinin adı\*

\_\_\_\_\_  
2. Ebeveynin / yasal temsilcinin imzası\*

Tarih \_\_\_\_\_

\* 12 yaşından küçük hastalarda hastanın kendisinin imzalaması gerekmez (her iki) ebeveynin/yasal temsilci(ler)in imzası yeterlidir. 12 ile 16 yaş arasındaki hastalar için, mümkünse (her iki) ebeveyn/yasal temsilci(ler) hastayla birlikte imza atarlar. Trio dizileme için her iki ebeveynin (de) imza atmaları gerekir.