

Laboratorium Klinische Genetica

Geniş çaplı genetik araştırması için izin formu

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 yaşı 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 test edilmesine izin veriyorum:

İkincil bulgular

Konsültasyon sırasında ikincil bulguların aşağıdaki şekilde bildirileceği görüşülmüştür:

- Tıbbi tedavi veya kontrol mümkün ise rahatsızlığın eğilimi bildirilir.
- Kendim için değil de altsoyum için bir rahatsızlığa dair muhtemelen 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).

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.

Klinik Genetik bölümü gelecekte yeni bilgi için benimle iletişime **geçemez**.

Bilimsel araştırma

Kendimin ve/veya çocuğumun ortak olan genetik materyali (kişisel bilgi olmadan) rahatsızlığımız ve bağlantılı rahatsızlıklar hakkındaki bilimsel araştırma için kullanılabilir. Bunun kendinize doğrudan bir faydası olmaz. Çok ender durumlarda bir araştırmacı, sizin veya akrabalarınızın sağlığı için önemli olabilecek bir husus tespit eder. Bu durumda doktor sizi konu hakkında bilgilendirecektir.

Make your choice:

Rahatsızlığım ve bağlantılı rahatsızlıklar hakkında bilimsel araştırmaya izin **veriyorum**.

Rahatsızlığım ve bağlantılı rahatsızlıklar hakkında bilimsel araştırmaya izin **vermiyorum**.

Genel ve imzalama

Geniş çaplı genetik araştırması hakkında 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. ebeveyn / 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.