



PROCES: G05

**Klinični inštitut za  
genetsko diagnostiko**

OBRAZEC

**PRIVOLITEV ZA GENETSKO  
TESTIRANJE**

G05.010000001\_izd2\_17.5.2024\_lb

Velja od: 18. 5. 2024

Stran 1 od 1

<i>Preiskovanec/-ka (nalepka ali podatki)</i>	<i>Zakoniti zastopnik/ca (sorodstveno razmerje):</i>
Ime in priimek:	Ime in priimek:
Datum rojstva:	Datum rojstva:

**Indikacija za genetsko testiranje:** \_\_\_\_\_

1.	Obvešččen/a sem bil/a o namenu preiskave in se strinjam z odvzemom potrebnega biološkega materiala in genetsko analizo vzorca.	DA	NE
2.	Strinjam se, da se vzorec DNK trajno shrani za možno ponovno/dodatno testiranje.	DA	NE
3.	Strinjam se s posredovanjem vzorca v drug laboratorij, če analiza v laboratoriju Kliničnega inštituta za genetsko diagnostiko UKC Maribor ni možna.	DA	NE
4.	Razumem, da bodo moji podatki DNK analize v anonimni obliki shranjeni na Kliničnem inštitutu za genetsko diagnostiko UKC Maribor. Razumem, da bodo vključeni v strokovne mednarodne baze podatkov z namenom doprinosa k napredku v znanju.	DA	NE
5.	Kliničnemu inštitutu za genetsko diagnostiko UKC Maribor dovoljujem uporabo mojih anonimiziranih podatkov, pridobljenih z genetsko analizo, v raziskovalne namene.	DA	NE
6.	Strinjam se, da se lahko rezultat preiskave uporabi v diagnostične namene pri obravnavi mojih sorodnikov, če bi bilo to potrebno.	DA	NE

Zavedam se, da lahko privolitev v kateremkoli trenutku umaknem, bodisi v celoti bodisi za posamezne točke tega soglasja.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

***Izjava odgovorne osebe:***

Preiskovancu/ki sem razumljivo razložil/-a pomen in omejitve predvidene genetske analize.

Ime in priimek (ali žig): \_\_\_\_\_

Kraj in datum: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_