

**PRIVOLITEV ZA GENETSKO
TESTIRANJE**

<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 (izpolni zdravstveno osebje): _____

1.	Obveščen/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: _____

V primeru nerazumevanja posameznih točk oz. dodatnih vprašanj se lahko obrnete na genomskega svetovalca ali specialista klinične genetike v Ambulanti za genetsko svetovanje na telefonski številki 02 321 1159 v času uradnih ur, Kliničnega inštituta za genetsko diagnostiko, UKC Maribor.