



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2
IČ 00064165, tel. 224961111
**Prohlášení o odmítnutí zdravotního
výkonu (revers)**

F-UBLG-10-004
Strana 1 z 2
Verze číslo: 3

Ústav biologie a lékařské genetiky 1. LF UK a VFN

128 00 Praha 2, Albertov 4

Přednosta: Prof. MUDr. Ondřej Šeda, Ph.D.

Oddělení lékařské genetiky - ambulance

128 00 Praha 2, Ke Karlovu 2, pavilon E1b, II. patro

Primář: MUDr. Jaroslav Kotlas

tel: 2 2496 7171, 2 2496 7175, e-mail: genetika@vfn.cz

Jméno a příjmení:

r. č.:

Bydliště:

Účel genetického laboratorního vyšetření

- Ověření/potvrzení diagnózy nemoci:.....
- Zjištění predispozice pro nemoc:.....
- Zjištění přenašečství pro nemoc:.....
- Zjištění nemoci u plodu:.....

Předpokládaný prospěch tohoto vyšetření.....

Typ biologického vzorku, který je zapotřebí pro genetické laboratorní vyšetření:

- žilní krev pupečnicková krev plodová voda placenta bukalní stěr tkáň: kůže, sval
- jiný.....

Typ genetického laboratorního vyšetření

- cytogenetické:** Karyotyp (analýza chromosomů).....
- Jiné.....
- molekulárně
genetické:** Vyšetření genu(ů) pro chorobu
- Jiné.....
- jiné:**

A. Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci vyšetřovaného) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika výše uvedeného genetického laboratorního vyšetření. Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil/a s možnými výsledky a s důsledky toho, že by vyšetření nebylo možno za výše uvedeným účelem provést (nezdařilo by se) nebo by nemělo potřebnou vypovídací schopnost pro naplnění sledovaného účelu. Seznámil/a jsem vyšetřovanou osobu (zákonného zástupce) i s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření. Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby/zákonného zástupce sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2
IČ 00064165, tel. 224961111
**Prohlášení o odmítnutí zdravotního
výkonu (revers)**

F-UBLG-10-004
Strana 2 z 2
Verze číslo: 3

B. Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření za účelem jak uvedeno shora a že jsem poskytnuté informaci porozuměl/a. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na ty to mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že nesouhlasím s provedením výše vyznačených genetických laboratorních vyšetření s vědomím všech následků, na které jsem byl(a) upozorněn(a), a to:

.....
.....

Jméno lékaře:..... Podpis lékaře:

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce).....

V Praze dne:

Jméno zákonného zástupce:.....Rodné číslo:.....

Vztah k vyšetřované osobě:.....

D. Prohlášení svědka

Potvrzuji, že vyšetřovaná osoba odmítá podepsat nesouhlas s navrhovanými genetickými laboratorními vyšetřeními

Jméno svědka:.....

Podpis svědka:..... V Praze dne:

Poučení: Pro potřeby ostatních subjektů, podílejících se na diagnostice, se poskytuje kopie tohoto dokumentu