



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

Ústav biologie a lékařské genetiky – Ambulance lékařské genetiky

Ke Karlovu 2, 128 08, Praha 2, tel: 2 2496 7171, 7175, e-mail: genetika@vfn.cz

Formulář | F-UBLG-10-004 | strana 1 z 2 | verze 4

PROHLÁŠENÍ O ODMÍTNUTÍ ZDRAVOTNÍHO VÝKONU (REVERZ)

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
- bukální 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 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

Ústav biologie a lékařské genetiky – Ambulance lékařské genetiky

Ke Karlovu 2, 128 08, Praha 2, tel: 2 2496 7171, 7175, e-mail: genetika@vfn.cz

Formulář | F-UBLG-10-004 | strana 2 z 2 | verze 4

PROHLÁŠENÍ O ODMÍTNUTÍ ZDRAVOTNÍHO VÝKONU (REVERZ)

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