

**MOLEKÜLER GENETİK
BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU**



Tıbbi kurum/ Hekim

Hasta bilgileri:	
Soyadı	Adı
Doğum tarihi	
Sokak ve ev numarası	
Posta kodu	Şehir

Genetik Tani Yasası (GenDG) bütün genetik analizler için ayrıntılı bir açıklama ve yazılı bir izin talep etmektedir. Aynı zamanda prediktif analizlerde genetik danışmanlık hizmeti talep etmektedir. Lütfen bu anlaşmayı dikkatli bir şekilde okuduktan sonra, sizin için uygun olan cevapları işaretleyiniz

Bana veya çocuğuma ait kan veya doku örneklerinden genetik analizlerin yapılmasını ve/veya ileride muhtemel başka analizlerde kullanılmasını hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızam ile kabul ediyorum. Bu araştırma sadece (Tani,Gen,Araştırma) açıklığa kavuşturulması içindir.

Yapılması mümkün olan genetik teşhis çalışmalarının amacı, türü, kapsamı ve ifade gücü hakkında yeterince bilgilendirildiğimi, ayrıca teşhis sonuçlarının benim ve diğer aile fertleri üzerinde doğurabileceği riskler hakkında yeterince bilgilendirildiğimi beyan ederim.

Genetik muayene(ler) sonunda elde edilen tıbbi bulguların aşağıdaki doktora gönderilmesine izin veriyorum:

Sayın Dr..

Bu genetik araştırmanın sonucunda, yukarıda belirtilenin dışında başka bulgularda tespit edilebilir (tesadüfi bulgular). Bu tesadüfi bulguların bana bildirilmesini istiyorum evet hayır

Analiz sonucunda arta kalan, tamamı ile kullanılmayan kan veya doku örneklerimin, saklanmasını ve moleküler analizlerinin yapılmasını ve/veya ileride muhtemel başka analizlerde kullanılmasını hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızam ile kabul ediyorum.. evet hayır

Bu hastalık ile ilgili araştırma sonuçlarının, bilimsel amaçlar için kullanılmasını, şifreli bir şekilde bilimsel dergilerde yayınlanmasını kabul ediyorum evet hayır

Verdiğim onayı, herhangi bir sebep belirtmeden dilediğim zaman, ister kısmen ister tamamen iptal etme hakkına sahip olduğumu ve bunu yaptığım takdirde, herhangi bir mağduriyete de düşmeyeceğimi bana bildirdiniz. Ayrıca, muayene sonucunu öğrenmeme (yani ne çıktığını bilmeme) hakkına sahip olduğumu da biliyorum. Başlatılmış olan muayene işlemlerini, sonucun bildirileceği ana kadar her zaman durdurabileceğimi ve muayene materyalinin, bundan kazanılmış tüm parçaların ve o ana kadar mevcut olan tüm sonuç ve tıbbi bulguların imha edilmesini isteyebileceğimi biliyorum.

Şehir adı ve imza tarihi: Hastanın imzası Genetik Tanılama Yasasına göre
veya yasal temsilcisinin/velisinin imzası: sorumlu olan tıbbi personelin imzası