

Arbeitsplatz Adresse:

Genetika Plzeň, s.r.o., Parková 1254/11a, 326 00 Plzeň
Tel.: +420 377 241 529, 603 174 793

**ABLEHNUNG DER DURCHFÜHRUNG EINER GENETISCHEN
LABORUNTERSUCHUNG - NEGATIVER REVERS**

Name der untersuchten Person:

Geburtsnummer:

1. Zweck der genetischen Laboruntersuchung

Überprüfung/Bestätigung der Diagnose.....
Feststellung einer Krankheitsveranlagung.....
Feststellung einer Übertragungsmöglichkeit für die Krankheit.....
Feststellung der Krankheit bei dem Fötus.....
Voraussichtlicher Vorteil dieser Untersuchung

2. Erklärung des Arztes

Ich erkläre, dass ich der untersuchten Person (dem gesetzlichen Vertreter) den Zweck, die Art, den voraussichtlichen Vorteil, die Folgen sowie die möglichen Risiken der weiter oben genannten genetischen Laboruntersuchung klar und verständlich erklärt habe. Ich habe die untersuchte Person ebenfalls über die möglichen Ergebnisse der Untersuchung aufgeklärt, sowie über mögliche Folgen, sollte die Untersuchung zu dem oben angeführten Zweck nicht durchführbar sein (nicht gelingt), oder nicht die zur Erfüllung des vorgesehenen Zwecks erforderliche Aussagekraft haben. Ich habe die untersuchte Person (bzw. ihren gesetzlichen Vertreter) auch über die möglichen Risiken und Folgen im Fall einer Ablehnung dieser Untersuchung informiert. Die Ergebnisse der Laboruntersuchung sind vertraulich und werden, vorbehaltlich anderslautender gesetzlicher Vorschriften, Dritten nur nach vorheriger Zustimmung der untersuchten Person/des gesetzlichen Vertreters mitgeteilt.

Name des Arztes..... Unterschrift..... Datum.....

3. Vorgeschlagene genetische Laboruntersuchung**Zytogenetische Untersuchung:**

☐ Karyotyp (Chromosomenanalyse).....
☐ Sonstiges.....

Molekulargenetische Untersuchung:

☐ Untersuchung hinsichtlich der Krankheit.....
☐ Sonstiges.....

Probentyp:

☐ Venenblut ☐ Fruchtwasser ☐ Placenta ☐ Speichel ☐ Gewebe: Haut, Muskel ☐ Blastomer ☐ Nabelschnurblut

Aufgrund dieser Belehrung erkläre ich, dass ich die Durchführung der oben beschriebenen genetischen Laboruntersuchung ablehne und mir aller Folgen, auf die ich hingewiesen wurde, bewusst bin.

Unterschrift der untersuchten Person (des gesetzlichen Vertreters)..... Geburtsnummer des gesetzlichen Vertreters

Beziehung zum Patienten..... In..... Datum

4. Erklärung des Paten

Ich bestätige hiermit, dass sich die untersuchte Person weigert, die Ablehnung der vorgeschlagenen genetischen Laboruntersuchung zu unterschreiben.

Unterschrift des Paten..... In..... Datum.....