Pränatalzentrum Hamburg und Humangenetik im Gynaekologicum

Gemeinschaftspraxis
Dr. E. Çetin Dr. A. Scharf Dr. B. Schulze-König Dr. A. Kassing
Ultraschall-Degum II · Fetale Echokardiographie
3D/4D-Sonographie

Gemeinschaftspraxis
Dr. U. Peters Dr. S. Kleier Dr. A. Preuße
Humangenetik · Genetische Labore

Genetik Teşhis Kânunu (GenDG) § 8 uyarınca genetik teşhise muvâfakat

İşburada ben, _____(Soyadı, adı),

_____ doğumlu, makul bir düşünme süresinden sonra aşağıdaki genetik analizin yapılmasına onay veriyorum:

_____.

Tedavimi yapan doktor tarafından yukarıda belirtilen muayenenin kapsamı ve önemi hakkında yeterli derecede aydınlatıldım.

Yukarıda belirtilen analize muvâfakatımı istediğim zaman sözlü veya yazılı olarak iptal edebileceğimi ve yukarıda belirtilen analizin muayene neticelerinin ben istediğim takdirde her zaman yokedileceğini biliyorum.
Muayene neticelerinin aşağıdaki kişilere verilmesini kabul ettiğimi beyan ederim:

- Hayat arkadaşım: ……
- Jinekoloğum: ……
- Aile hekimim: ……
- Prenatal teşhis mütehassısı: ……
- Belirtilen diğer kişiler: ……

Muayenemde alınan maddelerin (kan, DNA, plasenta hücreleri, koryon villus, göbek kordonundan kan) yasal sürenin ötesinde neticelerin müteâkip kontrolü ve hamilelik esnasında bende veya aile fertlerimde ileride yapılacak muhtemel muayene amaçlı olarak muhafaza edilmesini ve kullanılmasını kabul ediyorum.

□ **Kabul ediyorum** □ **Kabul etmiyorum**

Numunelerin isimsiz olarak laboratuvar analistik kalite kontrolleri/bilimsel amaçlı olarak muhafaza edilmesini

□ **Kabul ediyorum** □ **Kabul etmiyorum**

Muayene neticelerimin yasal sürenin ötesinde aile fertlerimde yapılacak müteâkip muayene amaçlı olarak muhafaza edilmesini kabul ediyorum.

□ **Kabul ediyorum** □ **Kabul etmiyorum**

Neticelerim gerekirse danışmanlık/yakınlarımın muayenesi için kullanılabilir.

□ **Kabul ediyorum** □ **Kabul etmiyorum**

_____

(Şehir, tarih ve hastanın imzası)