| OK | LKK | BKK | IKK | VdAK | AEV | Knapps. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Sigortalının adı, soyadı | | Doğum tarihi |
| Sağlık sig. no. | Sigortalı no. | Durum |
| Sözleşmeli doktor no. | Sig. Fonu geçerlilik tarihi | Tarih |


**İNSAN GENETİĞİ VE GENETİK LABORATUVARLAR ORTAK MUAYENEHANESİ**

DR. PETERS | DR. KLEIER | DR. PREUSSE

**Hamburg Perinatal Merkezi genetik danışmanlık ile insan genetik laboratuvarları ve insan genetiği**

Altonaer Straße 61-63 | D-20357 Hamburg

Tel. 040 - 432 926-0 | Faks 040 - 432 926-20

www.dna-diagnostik.hamburg | info@dna-diagnostik.hamburg


☐ erkek ☐ kadın ☐ diagnostik ☐ prediktif

# Genetik Tanı Kanunu (GenDG) Madde 8 ve 9 uyarınca genetik tanı için açıklama ve onay beyanı

Tedavimi yürüten doktor tarafından aşağıda bahsi geçen planlı muayenenin kapsamı ve anlamı hakkında detaylı olarak bilgilendirildim. Muayene sonuçlarının öğrenilmesine ilişkin olası sağlık risklerinin yanı sıra numune alınmasıyla ilişkili olabilecek riskler hakkında bilgilendirildim.

**İstenen muayene** .....

☐ kendim için ☐ kendi çocuğum için ☐ yasal olarak sorumlu olduğum kişi için

Benden alınan numunenin yalnızca yukarıda adı verilen muayene için teşhis amaçlarıyla kullanılacağı hakkında bilgilendirildim.
Şu andaki mevcut bilgilere göre hastalığımın nedeni olarak kabul edilebilecek bulgular hakkında bilgilendirileceğimi anladım.

Bazı durumlarda genetik tanı bakımından net bir cevap verilemeyeceğini biliyorum. Analiz çerçevesinde toplanan verilerin veri koruma ve tıbbi gizlilik yükümlülüğü dikkate alınarak kaydedileceği ve değerlendirileceği hakkında bilgilendirildim ve bunu onaylıyorum.

"Yeni Nesil Dizileme" analiz yöntemiyle muhtemelen elde edilecek herhangi bir verinin yalnızca bir yıla kadar saklanacağını biliyorum.

Onayımı istediğim zaman yazılı ya da sözlü olarak iptal edebileceğimi, muayene sonuçlarımı bilmeme hakkına sahip olduğumu ve bunların talebim doğrultusunda ortadan kaldırılması gerektiğini biliyorum.

Muayene sonuçlarının aşağıdaki kişilere aktarılması gerektiğini onayladığımı beyan ederim.:

Eşim/Partnerim: .....

Jinekoloğum: .....

Aile hekimim: .....

Onkoloğum: .....

Adı verilen diğer kişiler: .....

İşlemi yapanlardan biri bu numaradan benimle iletişime geçebilir: .....

**Aşağıdakileri onayladığımı beyan ediyorum** (seçim yapılmamışsa HAYIR olarak değerlendirilir):

Analiz için olduğu sürece **muayene görevinin** uzmanlaşmış bir ortak laboratuvara **aktarılması**. ☐ **evet** ☐ **hayır**

**Muayene sonuçlarının** öngörülen 10 yıllık süre boyunca **saklanması**. ☐ **evet** ☐ **hayır**

Yeni tanı imkanları ve kalite güvencesi için **muayene materyalinin** isimsiz olarak **saklanması**. ☐ **evet** ☐ **hayır**

**Anonim muayene materyalinin/sonuçların** bilimsel amaçlarla **saklanması**. ☐ **evet** ☐ **hayır**

**Muayene sonuçlarının** akrabalarımın danışmanlığı ve muayenesi için **kullanılması** ☐ **evet** ☐ **hayır**

**Ek bulgulara yönelik aydınlatma:** Mevcut klinik durumun çözümlenmesi sırasında genetik tanılama çerçevesinde nadir vakalarda, yukarıda sözü edilen klinik durum ile ilişkisi bulunmayan ancak güncel bilgi durumu (Amerikan Tıbbi Genetik ve Genomik Koleji, ACMG tavsiyelerine dayanarak) uyarınca ben ve ailem için bir tedavi neticesi doğuran tıbbi bulgular elde edilebilir. Bu ek bulguların tam bir analizini yapma veya gelecekte güncelleme hakkı söz konusu değildir. Herhangi bir ek bulguya rastlanmaması, ilgili risklerin bulunmayacağı anlamına gelmez.

Bu ek bulgular hakkında bilgilendirilmek istiyorum. ☐ **evet** ☐ **hayır**

**Not:** Ek bulgular yalnızca endekste saptanmış varyantlar için toplanır. Aile analizlerinde etkilenmeyen kişinin muayene sonuçları yalnızca endeks hastanın varyant değerlendirmesine yarar. Doğum öncesi analizler sırasında elde edilen ek bulgular toplanmaz.

Bu bilgi yazısının bir kopyasını istiyorum ☐ **evet** ☐ **hayır**

| | |
|---|---|
| ..... | ..... |
| Hastanın/yasal temsilcinin adı (MATBAA HARFLERİ İLE) | Aydınlatmayı yapan doktorun adı (MATBAA HARFLERİ İLE) |
| ..... | ..... |
| Yer, tarih, hastanın/yasal temsilcinin imzası | Aydınlatmayı yapan doktorun imzası |