

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NEINVAZIVNÍ PRENATÁLNÍ TEST [NIPT-OL]

U.S.G.POL s.r.o.

Hanáckého pluku 6

770 00 Olomouc

Jméno:

Datum narození: r.č.:

Email: Mobil:

Svým podpisem potvrzuji následující skutečnosti:

Byla jsem dostatečně informována o genetických onemocněních – trizomie 21. chromozomu (Downův syndrom), trizomie 18. chromozomu (Edwardsův syndrom) a trizomie 13. chromozomu (Patauův syndrom) – jejichž riziko je testem zjišťováno. Byla jsem dostatečně informována o významu plánovaného genetického testu vč. rizik spojených s odběrem krve a omezeními výsledku testu.

Jsem si vědoma, že výsledek testu nevylučuje možnost jiných genetických odchylek, které tímto testem nejsou zjišťovány.

V rámci konzultace před odběrem testu jsem byla dostatečně podrobně informována o všech okolnostech zvoleného vyšetření a nemám k tomu žádné další dotazy.

Prohlašuji, že shora poskytnuté informace jsou pravdivé.

Beru na vědomí, že mě může odborný lékař kontaktovat ohledně výsledku testu. Souhlasím s tím, že poskytnu své osobní údaje v souladu s článkem 13 obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) správci mých údajů, kterým se stává centrum U.S.G. POL s.r.o. (IČO 286 275 39).

Beru na vědomí, že vydání výsledku testu je podmíněno úhradou testu. Souhlasím s tím, že vrácení úhrady za poskytnutou službu je možné pouze nastanou-li zvlášť odůvodněné a prokazatelně nepředvídatelné okolnosti.

Prohlašuji, že mi není známo, že bych měla krví přenosné onemocnění.

Datum:

Podpis: