



### ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

[Υπογράφεται από τον ασθενή (ενήλικες) ή τον κηδεμόνα (ανήλικα)]

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η \_\_\_\_\_ συγκατατίθεται στη διενέργεια της γενετικής εξέτασης \_\_\_\_\_ για εμένα ή το τέκνο μου \_\_\_\_\_ και δηλώνω ενυπόγραφα ότι:

1. Έχω ενημερωθεί επαρκώς για την εξέταση, σε ότι αφορά τις δυνατότητες της, τον χρόνο διεκπεραίωσης και το κόστος καθώς και ότι περιορίζεται μόνο στη συγκεκριμένη πάθηση για την οποία γίνεται ο έλεγχος και δεν παρέχει άλλες πληροφορίες για την υγεία.

2. Έχω κατανοήσει ότι:

α. Οι γενετικές εξετάσεις είναι αρκετά πολύπλοκες και ευαίσθητες και έχουν πιθανότητα σφάλματος ή μη διαγνωστικής απάντησης λόγω διάφορων αιτιών (π.χ. ποιότητα και ταυτότητα δείγματος, σπάνια γενετικά φαινόμενα κ.α.) όπως σημειώνεται και στην έκθεση αποτελεσμάτων της εξέτασης.

β. Πληροφορίες περί των ευρημάτων/αποτελεσμάτων (παθολογικών ή φυσιολογικών) δεν παρέχονται τηλεφωνικώς.

γ. Τα αποτελέσματα διατίθενται μόνο γραπτώς και για την αποφυγή παρερμηνειών η τελική έκθεση γενετικού ελέγχου θα δίνεται:

Ι. Σε εμένα.

Παρακαλώ επιλέξτε ΕΝΑ από τα παρακάτω:

- Δια ζώσης  
 Με ηλ. ταχυδρομείο (e-mail)

Με ταχυδρομείο

Με ταχυμεταφορά (courier) με δική μου χρέωση

II. Στον παραπέμποντα ιατρό (Ονοματεπώνυμο) \_\_\_\_\_

Με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (e-mail) \_\_\_\_\_

III. Σε εξουσιοδοτημένο πρόσωπο

Ονοματεπώνυμο \_\_\_\_\_ ΑΔΤ \_\_\_\_\_

δ. Υποχρεούμαι να παραλάβω την έκθεση αποτελεσμάτων άμεσα (και το συντομότερο δυνατό) μετά από ενημέρωση για την ολοκλήρωση της εξέτασης.

στ. Το Εργαστήριο Μοριακής Ενδοκρινολογίας δεν φέρει καμία ευθύνη για οποιοδήποτε λόγο, αιτία ή/και άλλο μη ιατρικό ζήτημα ήθελε προκύψει κατόπιν γνωστοποίησης των αποτελεσμάτων στην οικογένεια.

3. Διατηρώ το δικαίωμα της «λήθης» του ιατρικού μου φακέλου το οποίο οφείλω να γνωστοποιήσω εγγράφως στο Εργαστήριο Μοριακής Ενδοκρινολογίας

Ημερομηνία \_\_\_\_\_

Υπογραφή \_\_\_\_\_

Αποδέχομαι να παραχωρήσω στο Εργαστήριο Μοριακής Ενδοκρινολογίας το δικαίωμα περαιτέρω επεξεργασίας του παρόντος βιολογικού υλικού και των ευρημάτων για επιστημονική αξιοποίηση, υπό την προϋπόθεση ότι πληρούνται οι εκάστοτε νομοθετικές διατάξεις περί ανωνυμίας και προστασίας προσωπικών δεδομένων. Διατηρώ όμως το δικαίωμα έγγραφης άρσης της παρούσης συγκατάθεσης ανά πάσα στιγμή

Ημερομηνία \_\_\_\_\_

Υπογραφή \_\_\_\_\_

Το παρόν συμπληρώνεται από τον ιατρό που παραπέμπει ή το άτομο που παραλαμβάνει το δείγμα

Έχω δώσει και εξηγήσει στον ενδιαφερόμενο πληροφορίες για την φύση του συγκεκριμένου γενετικού ελέγχου και έχω απαντήσει στα ερωτήματα του.

Ονοματεπώνυμο \_\_\_\_\_

Ημερομηνία \_\_\_\_\_

Υπογραφή – Σφραγίδα Ιατρού