

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT GENETIKAI VIZSGÁLATHOZ

Alulírott

Név:

Születési hely és idő:

Anyja neve:

Lakcím:

Szülő (gondviselő), illetve törvényes képviselő adatai, amennyiben a vizsgálattal érintett személy genetikai vizsgálatához a beleegyezése szükséges:

Név:

Lakcím:

a Vascular Diagnostics Kft. (székhely: 1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 3. C. lház. 3. em. 1.; adószám:11711096-2-43, a továbbiakban: Szolgáltató) genetikai vizsgálatra vonatkozó szerződését és a kapcsolódó dokumentumokat (Tájékoztató, Beleegyző nyilatkozat, Vizsgáltkérő lap és adatkezelési tájékoztató) elolvastam és az abban foglaltakat megértettem, kérdéseimet az előzetes genetikai tanácsadón feltehettem és azokra számomra kielégítő választ kaptam.

A vizsgálat előtti genetikai tanácsadás során tájékoztatást kaptam a mintavétel céljáról, a genetikai vizsgálat elvégzésének vagy elmaradásának előnyeiről és kockázatairól, a lehetséges eredmények engem és közeli hozzátartozóim érintő esetleges következményeiről, a genetikai minta és adat tárolásának módjairól, valamint a genetikai minták és adatok azonosíthatóságának lehetőségeiről.

Mindezek alapján az alábbiakról nyilatkozom:

Hozzájárulásomat adom, hogy tőlem genetikai vizsgálat elvégzéséhez szükséges és megfelelő mintát vegyenek. Kérem, hogy a levett mintámból a Szolgáltató genetikai vizsgálatot végezzen, amelyet Szolgáltató a közösen meghatározott és általam elfogadott céllal hajt végre.

Tudomásul veszem, hogy a genetikai vizsgálat eredménye nem minden esetben szolgáltat megfelelő információt, amelynek oka lehet például, hogy bizonyos családtagoktól genetikai vizsgálatra alkalmas minta nem érhető el, vagy a célzott genetikai markerek nem szolgáltatnak elegendő információt, vagy egyéb biológiai vagy technikai okok, esetleg ezek kombinációja.

Tudomásul veszem, hogy a genetikai vizsgálat eredménye alapján előfordulhat, hogy valamilyen betegség diagnosztizálható vagy arra hajlamosító genetikai faktorok, vagy pedig meghatározott gyógyszerek hatékonyságát, mellékhatásait befolyásoló genetikai tényezők állapíthatók meg. Az egészségi állapotom, illetve esetleges jövőbeli betegségeim vonatkozásában a genetikai vizsgálat során kapott, de a vizsgálat előre meghatározott céljától eltérő, véletlenszerűen felmerülő új információk esetén azok közlését:

kérem

nem kérem.

Hozzájárulok, hogy a genetikai vizsgálat elvégzéséhez szükséges, a vonatkozó jogszabályoknak megfelelően a genetikai mintám és a kapcsolódó adataim hazai, EU-n belüli vagy EU-n kívüli genetikai laboratóriumba továbbításra kerüljenek. A VD harmadik fél részére a páciens nevét, születési dátumát, terhességi korát (kismama esetén), mintavétel idejét, etnika eredetét, csontvelő transzplantációra vonatkozó információját adja át:

hozzájárulok

nem járulok hozzá

Hozzá nem járulás esetén a levett genetikai mintát és annak bármely részét a Szolgáltató a genetikai vizsgálat teljesítését követően nem tárolja tovább, a minta a hatályos jogszabályok szerint megsemmisítésre kerül.

Tudomásul veszem, hogy a genetikai vizsgálat során keletkezett genetikai adataim megismeréséről lemondhatok, és a lemondó nyilatkozatot bármikor vissza is vonhatom, korlátozás nélkül.

Tudomásul veszem, hogy a genetikai vizsgálat eredményét genetikus és/vagy szakorvos segít értelmezni. Erre genetikai tanácsadás keretében kerül sor, amelynek díját a Szolgáltató részére fizetem meg a vele kötött szerződés alapján. A genetikai vizsgálat eredményét rajtam kívül csak az általam erre írásban felhatalmazott személyek jogosultak megismerni. A záró genetikai tanácsadáson:

személyesen kívánok részt venni

online kívánok részt venni

A genetikai vizsgálatom eredményét a Vizsgáltkérő lapon általam megjelölt elérhetőségre és módon küldi meg részemre a Szolgáltató. Megértettem, hogy a genetikai vizsgálatom eredményének értelmezéséhez genetikai tanácsadáson és/vagy szakorvosi konzultáción ajánlott részt vennem, amelyre az alábbiak szerint van lehetőségem:

Genetikai vizsgálatom eredményének értelmezéséhez a Szolgáltató genetikai tanácsadását kívánom igénybe venni.

Genetikai vizsgálatom eredményének értelmezéséhez a genetikai vizsgálatra beküldő más szolgáltatóm genetikai tanácsadását kívánom igénybe venni.

Genetikai tanácsadáson a fentiekben foglaltak ellenére nem kívánok részt venni. Tudomásul veszem, hogy ezen nyilatkozatomat bármikor visszavonhatom.

Mindezek alapján önkéntes, kifejezett, határozott és megfelelő tájékoztatáson alapuló hozzájárulásomat adom a Szolgáltató részére, hogy a genetikai mintámat, személyes és különleges adataimat az Adatkezelési tájékoztató és jelen nyilatkozat alapján adatkezelőként kezelje.

Nyilatkozom, hogy a jelen dokumentumban foglaltakat megértettem, tudomásul vettem, kérdéseimet feltettem és aláírásommal hitelesítem.

Kelt:.....

Nyilatkozatot tevő aláírása

Genetikus/szakorvos

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

VIZSGÁLTKÉRŐ LAP

PÁCIENS NEVE* (V. MINTA AZONOSÍTÓ)	NEME* <input type="radio"/> FÉRFI <input type="radio"/> NŐ <input type="radio"/> N/A	
SZÜLETÉSI DÁTUM*	ANYJA NEVE*	
E-MAIL*	TELEFON*	
TAJ*	EGYÉB AZONOSÍTÓ (TAJ HIÁNYÁBAN KITÖLTENDŐ)	
LAKCÍM*		
VÁRANDÓSÁG KORA _____ HÉT _____ NAP (AMENNYIBEN ÖN VÁRANDÓS)	ETNIKAI EREDET* (EURÓPAI, AFRIKAI, DÉL-ÁZSIAI, KELETI, KEVERT)	ÁTESETT CSONTVELŐ TRANSZPLANTÁCIÓN* <input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM
AMENNYIBEN A PARTNER MINTAVÉTELE IS TÖRTÉNIK, KÉRJÜK SZÍVESKEDJEN KITÖLTENI AZ ALÁBBI MEZŐKET		
PARTNER NEVE* (V. MINTA AZONOSÍTÓ)	PARTNER ANYJA NEVE*	
PARTNER SZÜLETÉSI DÁTUM*	PARTNER TAJ*	

SZÁMLÁZÁS*	<input type="checkbox"/> PÁCIENSNEK <input type="checkbox"/> BEKÜLDŐNEK <input type="checkbox"/> EGÉSZSÉGPÉNZTÁRNAK <input type="checkbox"/> MÁSNAK, ADATOK A KÖVETKEZŐK:
NÉV: _____	
CÍM: _____	

(LABORÁTORIUM / MINTAVÉTEL TÖLTI KI!)

BEKÜLDŐ INTÉZMÉNY NEVE ÉS CÍME	
E-MAIL	TELEFON

LELETKÜLDÉS*	<input type="checkbox"/> Páciensnek <input type="checkbox"/> Beküldőnek	MÓDJA	<input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Levél <input type="checkbox"/> Személyes átvétel
--------------	---	-------	---

MINTAVÉTEL DÁTUMA* (ÉV, HÓNAP, NAP)	MINTA TÍPUSA	<input type="radio"/> EDTA-s vér <input type="radio"/> egyéb: _____
--	--------------	---

KÉRT LABORÁTORIUMI VIZSGÁLTATOK*

<input type="checkbox"/> SMA HORDOZÓSÁG SZŰRÉS ÖNMAGÁBAN	<input type="checkbox"/> CISZTÁS FIBRÓZIS HORDOZÓSÁG SZŰRÉS ÖNMAGÁBAN
<input type="checkbox"/> SMA HORDOZÓSÁG SZŰRÉS PANORAMA MELLÉ	<input type="checkbox"/> CISZTÁS FIBRÓZIS HORDOZÓSÁG SZŰRÉS PANORAMA MELLÉ
SZÁMLAKIEGYENLÍTÉS MÓDJA:	<input type="checkbox"/> KÉSZPÉNZ <input type="checkbox"/> BANKKÁRTYA <input type="checkbox"/> ÁTUTALÁS/CSEKK <input type="checkbox"/> Összesen (Ft):

ADATKEZELÉSI NYILATKOZAT

Jelen vizsgálatkérő lap aláírásával önkéntes, kifejezett, határozott és megfelelő tájékoztatáson alapuló hozzájárulásomat adom a Vascular Diagnostics Kft. (mint Adatkezelő továbbiakban, mint VD) részére, hogy biológiai mintámat, személyes és különleges adataimat kezelje. Az Adatkezelő ezen személyes adatokat az alábbi célokból kezeli: a kért vizsgálat elvégzése, az ügyféllel való kommunikáció. A VD a kért vizsgálat elvégzésével, valamint a tevékenységével összefüggésben igénybe veheti harmadik fél (külső laboratóriumi és diagnosztikai szolgáltatók) szolgáltatásait, akik e tevékenységük során a VD nevében és utasításai alapján, mint Adatfeldolgozók járnak el. A VD mint adatkezelő, harmadik fél részére a páciens nevét, születési dátumát, terhességi korát (kismama esetén), mintavétel idejét, etnika eredetét, csontvelő transzplantációra vonatkozó információját adja át. A VD és megbízottjai/alvállalkozói adatkezelésére a hatályos jogszabályok, különösen az egészségügyi és személyes adatok védelméről szóló 1997. évi XLVII. tv. rendelkezései, valamint az Európai Parlament és Tanács 679/2016 sz. rendelete az irányadók.

Mint az Érinett személy nyilatkozom, hogy a Vascular Diagnostics Kft. által kiadott hatályos Adatkezelési Tájékoztatót, melyet a társaság a hivatalos weboldalon is elérhető tesz elektronikus formában (vdiagnostics.hu), elolvastam megértettem és elfogadtam. A kérdéseimet feltehettem, azokra érthető és kimerítő választ kaptam.

A fenti Adatkezelési Nyilatkozat, valamint a Vascular Diagnostics Kft. által kiadott Adatkezelési Tájékoztató ismeretében személyes adataimnak a hírlevél küldés céljából történő kezeléséhez: Hozzájárulok Nem járulok hozzá

Jelen megrendeléssel tudomásul veszem, hogy a Vascular Diagnostics Kft., mint szolgáltató, a honlapján közzétett vizsgálatokra vonatkozó díjtételeket részemre kiszámlázza, a vizsgálati eredményemet pedig a fizetési kötelezettségem teljesítését követően juttatja el számomra a vizsgálatkérő lapon megjelölt módon.

* A jelölt mező kitöltése kötelező!

** Amennyiben a vizsgált személy cselekvőképtelen, akkor szülő vagy gondviselő/gondnok aláírása!

Kelt:

.....
Vizsgált személy aláírása**.....
Beküldő aláírása / PH.....
Vascular Diagnostics Laboratórium