



# Pisno privoljenje za genetsko testiranje

Ime in priimek pacienta: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Podajam soglasje, da se na mojem biološkem vzorcu opravi genetsko testiranje v povezavi

z (sindrom, bolezen): \_\_\_\_\_

- Potrjujem, da mi je bil na razumljiv način pojasnjen namen testiranja in da se za testiranje odločam prostovoljno.
- Razumem, da bo zaradi kompleksnosti genetskega testiranja in morebitnih posledic, ki jih lahko prinese, rezultat testa posredovan samo napotnemu zdravniku.
- Seznanjen sem, da obstaja verjetnost, da je rezultat testa lahko negativen kljub prisotni genetski bolezni, za potrditev katere se opravlja genetsko testiranje, saj zaradi omejitev v metodologiji vseh sprememb na nivoju DNA in/ali RNA, ki povzročajo bolezen, ne moremo zaznati.
- Strinjam se, da se DNA in/ali RNA vzorec shrani za morebitna dodatna testiranja in raziskave, ki bodo v prihodnosti na voljo.

**Podpis pacienta**

**(ali zakonitega zastopnika):**

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Podpis odgovorne osebe, ki je pacienta

seznanila z genetskim testiranjem:

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_