**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 bolezen, 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):**  | Podpis odgovorne osebe, ki je pacienta seznanila z genetskim testiranjem:  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |