|  |
| --- |
| ToestemmingsformulierDragerschapsonderzoek |
|  |
| Centrum Medische Genetica UZ Gent  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| patiëntgegevens | Vul in of kleef adrema |

**Voornaam en naam:** Klik en vul aan.

**Geboortedatum:** Kies een datum.

**Adres:** Klik en vul aan.

**Indien van toepassing: naam van de ouder of voogd**

**Voornaam en naam:** Klik en vul aan.

**Adres:** Klik en vul aan.

**Ik verklaar hierbij dat ik werd voorgelicht door Klik en vul aan. over het uitvoeren van een voorspellend of presymptomatisch genetisch onderzoek voor de aandoening:**

Klik en vul aan.

bij:

[ ]  mezelf

[ ]  kind (< 18 jaar) of persoon met verlengde minderjarigheid waarvan ik ouder of voogd ben

[ ]  een wilsonbekwame volwassene waarvan ik ouder of voogd ben

* Geen enkel ander genetisch onderzoek zal op het genetisch materiaal uitgevoerd worden zonder mijn toestemming.
* Ik heb het algemeen informatieformulier genetisch onderzoek gelezen en heb de mogelijkheid gehad vragen te stellen.
* Op mijn vragen heb ik antwoorden gekregen die ik voldoende begrijp. De resultaten van het genetisch onderzoek worden mij persoonlijk meegedeeld.
* De zorgverlener van het Centrum voor Medische Genetica heeft met mij besproken of het resultaat al dan niet zal gecommuniceerd worden aan andere arts(en).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ik beslis, met de verkregen informatie, zonder enige beïnvloeding het dragerschaps­onderzoek te laten uitvoeren.****Naam patiënt, ouder of voogd:**Vul naam in.**Datum afname:**Kies datum.**Handtekening patiënt, ouder of voogd:**  |  | **Ondergetekende heeft de informatie over een voorspellend of presymptomatisch genetisch onderzoek in een persoonlijk gesprek en in begrijpbare taal aan de patiënt, ouder of voogd uitgelegd.****Naam zorgverlener:**Vul naam in.**In opdracht van verantwoordelijke arts:**Vul naam in.**Datum afname:**Kies datum.**Handtekening zorgverlener:**  |

*Opgemaakt in twee exemplaren, waarvoor er één bestemd is voor de patiënt.*