

# Toestemmingsformulier

## Dragerschapsonderzoek

CENTRUM MEDISCHE GENETICA UZ GENT

### PATIËNTGEGEVENS

Vul in of kleef adrema

**Voornaam en naam:** \_\_\_\_\_

**Geboortedatum:** \_\_\_\_\_

**Adres:** \_\_\_\_\_

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

**Voornaam en naam:** \_\_\_\_\_

**Adres:** \_\_\_\_\_

**Ik verklaar hierbij dat ik werd voorgelicht door \_\_\_\_\_ over het uitvoeren van een voorspellend of presymptomatisch genetisch onderzoek voor de aandoening:**

\_\_\_\_\_

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.**

**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 patiënt, ouder of voogd:**

**Naam zorgverlener:**

**Datum afname:**

**In opdracht van verantwoordelijke arts:**

**Handtekening patiënt, ouder of voogd:**

**Datum afname:**

**Handtekening zorgverlener:**

---

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