|  |  |
| --- | --- |
| Toestemmingsformulier(prenataal) genetisch onderzoek | |
|  | |
| 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 volgend genetisch onderzoek:**

op het bekomen prenataal staal (vruchtwater/vlok):

Array-CGH (na informatie over de wet op de patiëntenrechten)

Met inbegrip van toevallig gevonden veranderingen

Mucoviscidose

Spinale Musculaire Atrofie

Fragiele X syndroom

Andere: Klik en vul aan.

bij mezelf:

Array-CGH (na informatie over de wet op de patiëntenrechten)

Met inbegrip van toevallig gevonden veranderingen

Dragerschap voor mucoviscidose

Dragerschap voor Spinale Musculaire Atrofie

Dragerschap voor Fragiele X syndroom

Andere: Klik en vul aan.

* Geen enkel ander genetisch onderzoek zal op het genetisch materiaal uitgevoerd worden zonder mijn toestemming.
* Ik heb het algemeen informatieformulier genetisch onderzoek en het informatieformulier betreft prenataal array-onderzoek gelezen en ben voldoende geïnformeerd over de mogelijkheden en beperkingen van het voorgesteld prenataal genetisch onderzoek.
* Ik heb de mogelijkheid gehad vragen te stellen en heb op mijn vragen antwoorden gekregen die ik voldoende begrijp.
* De resultaten van het genetisch onderzoek zullen mij persoonlijk worden meegedeeld.
* De behandelende artsen die door mij werden opgegeven zullen eveneens van het resultaat op de hoogte worden gebracht.

**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**  **Naam partner:** Vul naam in.  **Datum:** Kies datum.  **Handtekening partner** |  |

**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.*