|  |  |
| --- | --- |
| ToestemmingsformulierPresymptomatisch of voorspellend 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 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 de mogelijke gevolgen van dit onderzoek begrepen en heb de mogelijkheid gehad vragen te stellen.
* Ik ben op de hoogte dat ik op elk moment de presymptomatische testprocedure kan stopzetten.
* De resultaten van het voorspellend genetisch onderzoek worden mij persoonlijk meegedeeld tijdens een consultatie.
* Ik heb begrepen dat mijn en/of mijn kind zijn/haar DNA-staal, DNA sequenties of klinische gegevens uitgewisseld kunnen worden met andere genetische centra in het kader van gericht onderzoek bij mijn familieleden.

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 genetisch onderzoek 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.

**Datum afname:** Kies datum.

**Handtekening zorgverlener**

**In opdracht van verantwoordelijke arts:** Vul naam in.

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