



## Genetik tedavi için rıza beyanı (§8 Gen teşhisi kanunu)

### Hasta

Soyadı \_\_\_\_\_

Adı \_\_\_\_\_

Doğum tarihi \_\_\_\_\_

### İstenilen tedavi için bilgiler

Doktor tarafından tedavinin amaç, şekil, kapsam, anlamlılık ve sonuçları hakkında bilgilendirildim	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır
Tedavi için gerekli olan materyellerin alınmasını kabul ediyorum	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır
Rıza beyanından önce düşünmek için kendime yeterli zaman verilmiştir ve bu beyanı isteğim üzerine her zaman yazılı olarak iptal edebilirim	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır
Artan deney materyelleri sonuçların doğrulanabilirliği amacı ile tarafımdan iptal edilinceye kadar saklanabilir, doktor isteği üzerine artan deney materyelleri gerekirse tıbbi amaçlar için saklanabilir	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır
Tedavi işlemi işbirliği yaptığımız özel tıbbi bir laboratuvara verilebilir	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır
Tedavi sonuçları öngörülen 10 yıldan daha fazla saklanabilir	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır
Ben tahlil sonuçlarının başka Hekimlere iletilmesini (ev Doktoru, hastane Hekimleri ve benzeri) kabul ediyorum	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır

Yer

Tarih

Hastanın imzası / Hasta velisinin imzası

ya da

Gönderen Hekim, Hastanın bilgilendirildiği ve imzalı rızası mevcut olduğuna dahil, teyit eder