

Páciens neve:

Páciens neme: ☐ férfi ☐ nő

Születési idő:

TAJ:

Beküldő neve:

Beküldő elérhetősége:

Számlázási név:

Számlázási cím:

Mintavétel ideje: (év) (hó) (nap)
(óra) (perc)

Minta típusa: ☐ EDTA-s vér (lila kupakos) ☐ Heparinos cső
☐ Szájnnyálkahártya törlet ☐ CWBio cső (Septin9 vizsgálatához)

Terhesség: ☐ igen ☐ nem

Mintával kapcsolatos egyéb információk:

MEDICARE DIAGNOSZTIKAI KÖZPONT LABORVIZSGÁLATOK

APOB – Familiáris hiperkoleszterémia R3500Q PCR
APOE – Alzheimer hajlam szűrés
V. faktor Leiden mutáció
II. faktor (protrombin) G20210A mutáció
MTHFR – C677T mutáció és A1298C mutáció MTRR mutáció és MTR génmutáció (folát-metabolizmus)
Laktózintolerancia C13.9kbT és G22018A
Cöliákia (HLA)
HLA B27
BRCA (NGS) – öröklődő emlő- és petefészekrák genetikai vizsgálat
PAI-1 gén polimorfizmus
Haemochromatosis panel (HFE C282Y, HFE H63D)
Véralvadási zavarokra hajlamosító genetikai eltérések
Thrombophilia szűkített genetikai panel (F5:Leiden, F2:Prot., MTHFR677, MTHFR1298)
Y-kromoszóma mikrodelécia PCR vizsgálat (AZF)

EGYÉB GENETIKAI VIZSGÁLATOK

Septin 9 + panel – ColonalQ (Vastagbél tumor szűrés molekuláris teszttel)
X- és Y-kromoszóma aneuploidiaja
Citogenetika, kariotipizálás
Cisztásfibrózis (139 mutáció)
SMA hordozósági szűrés

ÁLTALÁNOS KÉRDÉSEK, AJÁNLATKÉRÉS:

+36 20 431 7692

labortamogatas@medicare-group.hu

LABORATÓRIUM:

+36 20 280 6853

mdklabor@medicare-group.hu

LOGISZTIKA, ESZKÖZIGÉNYLÉS:

+36 20 366 7415

laboreszkozok@medicare-group.hu

mintaszallitas@medicare-group.hu

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT GENETIKAI MINTAVÉTELHEZ

Alulírott hozzájárulok ahhoz, hogy tőlem az e kérlőlapon megjelölt genetikai vizsgálat elvégzéséhez mintát vegyenek, a vizsgálatot elvégezzék, a genetikai mintámat, a személyazonosító adataimat, illetve a vizsgálattal kapott genetikai adatokat:

- **együttesen: a genetikai minta és a személyazonosító adatok együttesen történő tárolását jelenti**
- **kódolt formában (kódolt genetikai minta vagy adat: olyan genetikai minta vagy adat, amely mellett a mintát szolgáltató személyre vonatkozó összes személyazonosító adatot kóddal helyettesítették)**
- **anonimizált formában (anonimizált genetikai minta vagy adat: olyan genetikai minta vagy adat, amellyel kapcsolatban az érintettre vonatkozó összes személyazonosító adatot személyazonosításra alkalmatlanná tettek)**

a vonatkozó adatvédelmi jogszabályok követelményeinek megfelelően tárolják. **(A megfelelő aláhúzendő)**

Tudomásul veszem, hogy a személyazonosító adataimmal együttesen tárolt, kódolt, genetikai adataim kezeléséhez adott hozzájárulásomat bármikor visszavonhatom, mely esetben kérhetem a genetikai minta és a belőle származó valamennyi genetikai adatom megsemmisítését

Kelt:

érintett aláírása, vagy korlátozottan cselekvőképes személy esetében törvényes képviselőjének aláírása

Nyilatkozom, hogy:

- **A részemre végzett klinikai genetikai vizsgálattal kapcsolatban az elvégzett genetikai teszt eredményéről, annak lehetséges következményeiről, valamint az engem és közeli hozzátartozómat érintő genetikai kockázatról, és a betegség természetéről a tájékoztatást megkaptam;**
 - **A részemre végzett genetikai szűrővizsgálattal kapcsolatban az adott betegség lényegéről, a pozitív és negatív eredmény jelentéstartalmáról, valamint a megerősítő teszt jelentőségéről a tájékoztatást megkaptam;**
- (A megfelelő aláhúzendő.)**

Kelt:

érintett aláírása, vagy korlátozottan cselekvőképes személy esetében törvényes képviselőjének aláírása

Nyilatkozom, hogy a vizsgálatot orvosom, illetve genetikai tanácsadó javaslatára végeztetem, a konzultációs eljárás során jogszabály alapján arra jogosult személytől, illetve a mintavétel előtt tájékoztatást kaptam a mintavétel céljáról, a vizsgálat elvégzésének vagy elmaradásának előnyeiről és kockázatairól, a lehetséges eredményekről a magamat és közeli hozzátartozóimat érintő esetleges következményeiről. Nyilatkozom, hogy a genetikai vizsgálat eredményével annak részletes megbeszélése céljából felkeresem orvosom és/vagy a genetikai tanácsadót, továbbá szükség esetén genetikai tanácsadón veszek részt.

Kelt:

érintett aláírása, vagy korlátozottan cselekvőképes személy esetében törvényes képviselőjének aláírása

Páciens neve:

Tudomásul veszem, hogy a genetikai mintát szükség esetén a kért vizsgálat elvégzése céljából – az irányadó adatvédelmi szabályoknak megfelelően – más laboratóriumba továbbíthatják. Tudomásul veszem, hogy a genetikai mintám kezelésére, a tárolás módjára, a minta és az abból eredő adat feldolgozására, továbbítására, a különböző formában tárolt genetikai minták, továbbá adatok azonosíthatóságának lehetőségeire vonatkozó részletes információkat a medicarelabor.hu honlapon lévő Adatvédelmi tájékoztató tartalmazza, egyúttal kijelentem, hogy az abban foglaltakat megismertem és tudomásul vettem.

Kelt:

érintett aláírása, vagy korlátozottan cselekvőképes személy esetében törvényes képviselőjének aláírása

Alulírott **hozzájárok ahhoz/Nem járokul hozzá***, hogy a mintából izolált DNS-t személyazonosításra véglegesen alkalmatlan módon módszerfejlesztési, minőségbiztosítási célokra szükség esetén felhasználják. *A megfelelő rész aláhúzandó

Kelt:

érintett aláírása, vagy korlátozottan cselekvőképes személy esetében törvényes képviselőjének aláírása

Tájékoztatom, hogy az elsődleges vizsgálati minta az eredménykiadást követően legkésőbb 17 munkanapon belül megsemmisítésre kerül, az érintettnek a módszerfejlesztési, minőségbiztosítási célokra történő felhasználáshoz való hozzájárulásának hiányában az elsődleges mintából készült DNS-oldat 30 munkanapon belül kerül megsemmisítésre, a genetikai adatot (csak kifejezetten a vizsgálat eredményeképpen keletkezett egészségügyi adatot) a személyazonosító adatokkal együtt jogszabály szerint 30 évig tároljuk. Tudomásul veszem, hogy az adataimat az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény, az általános adatvédelmi rendelet (2016/679/EU – GDPR) és az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, illetve a humángenetikai adatok védelméről, a humángenetikai vizsgálatok és kutatások, valamint a biobankok működésének szabályairól szóló 2008. évi XXI. törvény szerint kezelik.

Kelt:

érintett aláírása, vagy korlátozottan cselekvőképes személy esetében törvényes képviselőjének aláírása

Nyilatkozom, hogy a genetikai adataim megismeréséről **lemondok/nem mondok le. (A megfelelő aláhúzandó.)** Tudomásul veszem, hogy a lemondó nyilatkozat bármikor korlátozás nélkül visszavonható.

Kelt:

érintett aláírása, vagy korlátozottan cselekvőképes személy esetében törvényes képviselőjének aláírása

Tudomásul veszem, hogy a genetikai adatot az általam közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban megnevezett személy, valamint a humángenetikai adatok védelméről, a humángenetikai vizsgálatok és kutatások, valamint a biobankok működésének szabályairól szóló 2008. évi XXI. törvényben megjelölt személy jogosult megismerni.

Kelt:

érintett aláírása, vagy korlátozottan cselekvőképes személy esetében törvényes képviselőjének aláírása

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a közeli hozzátartozóm betegsége megelőzése, betegsége természetének megismerése, gyógykezelése, valamint utódaira vonatkozó betegségkockázat megítélése érdekében ez szükséges, akkor a genetikai adatot a közeli hozzátartozóm is megismerheti, melynek érdekében kezdeményezése a közeli hozzátartozóm genetikai tanácsadás keretében, kérelmére jogosult az adatok megismerésére.

Kelt:

érintett aláírása, vagy korlátozottan cselekvőképes személy esetében törvényes képviselőjének aláírása

Tudomásul veszem, hogy a jelen beleegyező nyilatkozatomat bármikor visszavonhatom, továbbá tudomásul veszem, hogy amennyiben a visszavonó nyilatkozatomat a mintavételt követően teszem meg a genetikai minta és az abból származó valamennyi adat megsemmisítését genetikai vizsgálat céljából tárolt minta és adatok esetén a kérelem előterjesztésétől számított 30. napot követően, a kérelemtől számított 45 napon belül kell elvégezni. Tudomásul veszem, hogy a visszavonó nyilatkozatom megtételét követően a genetikai minták és adatok kizárólag a közeli hozzátartozóm érdekében kezelhetők

Kelt:

érintett aláírása, vagy korlátozottan cselekvőképes személy esetében törvényes képviselőjének aláírása