

Zgoda na pobranie materiału biologicznego w celu przeprowadzenia badania ojcostwa/pokrewieństwa

Imię i nazwisko osoby oddającej próbkę _____

Numer ewidencyjny (kennitala) _____

Adres _____

Data pobrania _____

Rodzaj sprawy _____

1. Wyrażam zgodę na pobranie materiału biologicznego przez pracownika _____ (nazwa szpitala/przychodni). Legitymuję się paszportem lub prawem jazdy i potwierdzam to swoim podpisem.
2. Wyrażam zgodę na wykorzystanie DNA otrzymanego z materiału biologicznego w celu uzyskania informacji genetycznej potrzebnej do badania ojcostwa lub innego pokrewieństwa. Wyrażam zgodę na porównanie informacji genetycznej otrzymanej z materiału biologicznego z wynikami innych osób związanych z tym badaniem, w celu zbadania pokrewieństwa.
3. Wyrażam zgodę na wykonanie w Landspítali genotypowania oraz również na przechowywanie przez uprawnionych specjalistów ds. badań genetycznych oraz współpracowników Landspítali, z ich własnej inicjatywy, materiału genetycznego pozostałego po wykonaniu badania wraz z wynikami przez okres jednego roku przed jego zniszczeniem. Mam świadomość, że mogę ubiegać się o otrzymanie do wglądu przepisów dot. przetwarzania danych osobowych przez specjalistów ds. badań genetycznych współpracujących z Landspítali.
4. Wyrażam zgodę na przechowanie wyników genotypowania w Landspítali oraz na wysłanie ich kopii do osoby zamawiającej badanie. Wyniki badań genetycznych traktowane są jako poufne i będą znane wyłącznie pracownikom Landspítali wykonującym badania ojcostwa oraz uprawnionym specjalistom badań genetycznych wykonującym genotypowanie, a także wnioskującym lub ich przedstawicielom.
5. Wyrażam zgodę na przechowywanie pobranego ode mnie materiału biologicznego w Landspítali przez okres maksymalnie 5 lat, niezależnie od tego, czy zostanie wykonane badanie.

Czy kiedykolwiek wykonano u ciebie przeszczep szpiku kostnego? Tak Nie

Swoim podpisem potwierdzam:

- że przeczytałem(-łam) i zrozumiałem(-łam) powyższe oświadczenia i zgadzam się z ich treścią,
- że wyrażam zgodę na wykonanie badania z własnej nieprzymuszonej woli.

Data: _____ Osoba oddająca próbkę: _____

Podpis rodzica / opiekuna prawnego, jeśli oddający próbkę ma mniej niż 18 lat:

Data: _____ Rodzic / opiekun prawny: _____

Numer ewidencyjny (kennitala): _____

Próbki krwi należy pobrać do próbówki EDTA, 2-4 ml

Prosimy wysłać próbkę krwi lub wymaz z jamy ustnej na następujący adres:

Landspítali – Meinafræðideild
Húsi 9 v/Barónsstíg, 101 Reykjavík
c/o Ritarar – tel. 534 8355

Swoim podpisem potwierdzamy:

- że na potwierdzenie tożsamości przedstawiono paszport i/lub prawo jazdy. Numer dokumentu: _____
- że osoba oddająca próbkę jest tym, za kogo się podaje

Pracownicy Landspítali/przychodni: 1)

2)