

HASTA BİLGİLERİ BARKOD ALANI	ADI SOYADI:	ÖRNEK ALIM TARİHİ:/...../20.....
		SAATİ: :
	DOĞUM TARİHİ:	CİNSİYETİ:	<input type="checkbox"/> KADIN <input type="checkbox"/> ERKEK
	TELEFON:	ÖRNEK TÜRÜ:	<input type="checkbox"/> Periferik Kan <input type="checkbox"/> Amniyon Sıvısı <input type="checkbox"/> Kemik İliği <input type="checkbox"/> Koryonik Villus (CVS) <input type="checkbox"/> Kordosentez <input type="checkbox"/> Parafin Kesit <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/>
ADRES:			
E-POSTA:			
<small>HASTA YA DA VELAYET SAHİBİNİN E-POSTA ADRESİ OKUNAKLI OLARAK YAZILMALIDIR. RAPOR YAZACAĞINIZ E-POSTA ADRESİNE İLETİLECEKTİR.</small>			
GÖNDEREN HEKİM KAŞE – İMZA	ADI SOYADI:	KURUM:	
	TELEFON:	E-POSTA:	
KLİNİK ENDİKASYON / BULGULAR AİLE ÖYKÜSÜ			

Yapılacak İşlem/Çalışılacak Test Bilgisi:

Kendim ve/veya ailemdaki bireyler için hekimim tarafından istenen genetik testlerle ilişkili yapılacak olan laboratuvar tetkikleri, test çözümlülüğü, teknik özellikleri ve kısıtlamaları hakkında eksiksiz bilgilendirildim. Yalancı pozitif/negatif sonuç olasılıkları, testin tekrar çalışılması ve/veya tekrar analiz edilmesi gerekliliği, yeniden numune alınma ve ek numune istenme ihtimalleri, materyalin uygun olmaması, ilaç kullanımının testleri olumsuz etkileyebileceği, kişisel ve hücrel faktörler ya da laboratuvar kaynaklı kültür başarısızlığı ve sonuç verilememesi, sonuç süresi gecikmesi gibi nadir de olsa ortaya çıkabilecek durumlar tarafıma anlatıldı. Örneğimin yönetmeliğe uygun saklanacağına yönelik bilgilendirildim. Yazıdaki tıbbi terimler açıklanarak soru sormak ve karar vermek için yeterli süre tanındı. Bu yazıyı okudum (veya sorumlu tarafından bana okundu) ve anladım. Testin güvenilirliğini artırmak amacıyla laboratuvar tarafından gerek görülecek ek testlerin ve daha ileri inceleme ihtiyacı veya yurt içi/yurt dışı başka laboratuvarlarla ortak çalışma yapılmasına, testi isteyen hekim, rapor teslimi için yetkilendirdiğim kişi ile paylaşılmasına izin veriyorum.

Yasalarda öngörüldüğü şekilde sizin kişisel bilgileriniz ve gizliliğiniz korunacaktır. Laboratuvarımız, kanun ve diğer yasal düzenlemelerdeki istisnalar saklı kalmak kaydıyla ve kamuya açık hale gelmiş bilgiler hariç olmak üzere hizmet süresince öğrenilmiş ya da geliştirilmiş olan hastaya ait özel bilgileri, test ve analiz sonuçlarını ve yorumları kesinlikle gizli tutmayı, üçüncü şahıslarla paylaşmamayı taahhüt eder. Ancak, bu gizliliğe konu olan hususlar, yetkili kurum tarafından yerine getirilen denetimler, idari soruşturma ve mahkemeler gibi resmi süreçlere konu olması ya da bu süreçlerde talep edilmesi halinde ve yasal bir engelleme olmadığı takdirde resmi otorite ile ilgili hususta hastaya bilgi vermeksizin paylaşılabilir.

İlgili mevzuatta ve bu belgede belirtilen amaçlar doğrultusunda elde edilen ve işlenen kişisel verilerimin, Acıbadem tarafından Acıbadem Grubu'na dahil olan şirketler ile yetki verdikleri temsilciler, danışmanlık aldığınız üçüncü kişiler de dahil olmak üzere sunulan hizmetleri geliştirmek amacıyla veya yürütmek amacıyla işbirliği yaptıkları iş ortakları ve diğer üçüncü kişilerle paylaşabileceği; Acıbadem'e ait fiziki arşivler ve/veya bilişim sistemlerinde, hem dijital ortamda hem de fiziki ortamda muhafaza altında tutulabileceği konusunda, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında ilgili kişi olarak haklarım olduğu konusunda bilgilendirildim.

Sonraki sayfalarda yer alan imza ve açıklama alanlarını eksiksiz doldurunuz.

Bu bilgiler ışığında bende/doğacak olan çocuğumda/çocuğumda.....(endikasyon) hastalığını belirlemek amacıyla istenen testin yapılmasını istediğim, genetik tanı ile ilgili konulardaki sorumlulukların bana ait olduğunun bilincinde olduğumun, merkeze bu konuda hür iradem ile tam izin, yetki ve onay verdiğimin ve yukarıda belirtilen hususları tam olarak anladığımın beyanıdır.

Örneğim, sonuçlarım ve bilgilerimin kimliğimin anonimleştirilerek eğitim, bilimsel araştırma, test doğrulama için kullanılmasına izin veriyorum.

- Kabul Ediyorum Kabul Etmiyorum

Bu alana el yazınız ile "Okudum, anladım, kabul ediyorum" yazınız.

Rapor teslim tercihi için yetkilendirme isteğinizi el yazınızla belirtmeniz gerekmektedir. Sonuçlar Hakkında Bilgi Almaya Yetkili Kişi

Adı Soyadı:	Mail adresi:	Telefon:
HASTA/VELİSİ (Adı-Soyadı/İmza/Tarih)	ŞAHİT (Adı-Soyadı/İmza/Tarih)	HEKİM (Adı-Soyadı/İmza/Tarih)

Klinik Detaylar/Soyağacı: