

5. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na przechowywanie materiału biologicznego po zakończeniu badania. Materiał biologiczny dostarczony do badań nie podlega zwrotowi.
UWAGA: W przypadku uzyskania nieprawidłowego wyniku badania prenatalnego materiał genetyczny będzie bankowany obligatoryjnie. W przypadku zgody na przechowywanie materiału biologicznego informujemy, że uzyskany materiał genetyczny będzie przechowywany po zakończeniu diagnostyki w odpowiednich warunkach, niemniej istnieje ryzyko jego degradacji (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału w przyszłości. W przypadku braku zgody materiał genetyczny podlega utylizacji zgodnie z procedurą INNGEN Laboratorium Badań Genetycznych Sp. z o.o.
6. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na wykorzystywanie mojego materiału genetycznego do badań naukowych mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża chorób genetycznych z zachowaniem warunków anonimowości.
7. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na informowanie mnie w przyszłości o wynikach badań diagnostycznych lub naukowych wtedy, gdy mogłyby one stanowić podstawę do rozpoznania choroby genetycznej, zwiększonego ryzyka jej rozwoju lub udzielenia porady genetycznej.
8. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na przetwarzanie danych osobowych (adres e-mail, nr telefonu) w celach marketingowych, tj. informowania o nowych ofertach i promocjach.
9. Podaję dane osobowe jak na wstępie tego oświadczenia dobrowolnie celem identyfikacji **mojej / mojego dziecka (podopiecznego)** oraz kontaktu celem przekazania wyników badań i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
10. Oświadczam, że **wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na udzielanie informacji o wynikach badania:

_____ (imię i nazwisko, PESEL/data urodzenia osoby upoważnionej)

_____ (telefon kontaktowy lub adres poczty elektronicznej lub dane adresowe)

11. Upoważniam / nie upoważniam* do dostępu do mojej dokumentacji osobę z pkt 1) / inną osobę to jest:

_____ (imię i nazwisko PESEL/data urodzenia osoby upoważnionej)

_____ (telefon kontaktowy lub adres poczty elektronicznej lub dane adresowe)

12. Oświadczam, że **zostałem/-am poinformowany/-a** o istocie podejrzewanej choroby, celu i znaczeniu wykonywanych genetycznych badań diagnostycznych, skutków i ryzyka z nim związanych (w tym uzyskałem/-am od lekarza zlecającego badanie informacje, o których mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 836, z późn. zm.)
13. Oświadczam, że **zostałem/-am poinformowany/-a** o tym, że może zaistnieć konieczność powtórzonego pobrania materiału do badań oraz że istnieje możliwość nieuzyskania wyników badań z przyczyn technicznych. Ponowne pobranie materiału do badań może mieć miejsce w przypadku, gdy materiał biologiczny uległ degradacji albo w przypadku, gdy jego ilość lub jakość jest niewystarczająca do wykonania analizy, a także, gdy zajdzie konieczność powtórzonego wykonania badania w celu potwierdzenia/wykluczenia zmian DNA.
14. Oświadczam, że **zostałem/-am poinformowany/-a** o tym, że w przypadku badań zleczanych do laboratorium CeGaT GmbH oraz CENTOGENE GmbH otrzymam wynik badania w języku angielskim.
15. Oświadczam, że w przypadku, gdy badany materiał okaże się niediagnostyczny lub odstąpię od wykonania wcześniej zleconych przez mnie badań, pokryję koszty wykonanych czynności diagnostycznych.
16. **Zapoznałem(-am)** się z klauzulą informacyjną zamieszczoną na stronie internetowej www.lbg.com.pl opracowaną na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)
17. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem wymienionym w punkcie 16 niniejszego dokumentu.

.....
Data i podpis pacjenta / opiekuna prawnego

.....
Data i podpis pacjenta, który ukończył 16 lat**

* niepotrzebne skreślić (brak odpowiedzi w powyższych punktach jest równoznaczne z wyrażeniem zgody)

**dotyczy pacjentów niepełnoletnich, którzy ukończyli 16 lat