INNGEN Laboratorium Badań Genetycznych Sp. z o. o.
ul. Magnoliowa 2, 20-143 Lublin,
NIP 712-303-29-00
www.inngen.pl, info@inngen.pl

Deklaracja świadomej zgody na wykonanie genetycznych badań diagnostycznych

Pacjent

Imię i nazwisko

PESEL / Data urodzenia

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

Adres e-mail (opcjonalnie)

Opiekun prawny

(wypełnić w przypadku pacjentów niepełnoletnich)

Imię i nazwisko

PESEL / Data urodzenia

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

Adres e-mail (opcjonalnie)

1. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na pobranie:**

☐ ode mnie ☐ od mojego dziecka (podopiecznego)

materiału biologicznego do badań w postaci:
☐ krwi żylnej ☐ wymazu z policzka ☐ innego materiału biologicznego
w celu założenia hodowli komórkowych i/lub izolacji DNA.

2. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na wykonanie genetycznych badań diagnostycznych** w celu:

☐ Diagnostyki postnatalnej
- ☐ weryfikacji rozpoznania klinicznego
- ☐ określenia statusu nosicielstwa
- ☐ określenia predyspozycji do zachorowania

INNGEN Laboratorium Badań Genetycznych Sp. z o. o.
ul. Magnoliowa 2, 20-143 Lublin,
NIP 712-303-29-00
www.inngen.pl, info@inngen.pl

na chorobę genetyczną
☐ diagnostyki przedobjawowej

z wykorzystaniem metody badawczej:

	kod badania (zgodnie z cennikiem INNGEN Laboratorium Badań Genetycznych Sp. z o.o.)

3. Informuję, że w ciągu ostatnich 3 miesięcy **poddawałem(-am) się / nie poddawałem(-am) się / dziecka (podopiecznego)*** transfuzji krwi.

4. Informuję, że **poddawałem(-am) się / nie poddawałem(-am) się / dziecka (podopiecznego)*** przeszczepowi szpiku kostnego.
5. **Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a**, że materiał biologiczny jest przechowywany w Laboratorium po zakończeniu badania zgodnie z założeniami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie standardów jakości dla laboratoriów (Dz. U. 2025 poz. 961).
   W przypadku braku zgody na przechowywanie materiału biologicznego należy zaznaczyć:
   ☐ brak zgody na przechowywanie materiału biologicznego.
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 sprawozdania z badań i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
10. **Upoważniam / nie upoważniam*** do dostępu do mojej dokumentacji osobę:

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

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

11. 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.)

12. Oświadczam, **że zostałem/-am poinformowany/-a** o tym, że może zaistnieć konieczność powtórnego pobrania materiału biologicznego do badań oraz, że istnieje możliwość nieuzyskania wyników badań z przyczyn technicznych. Ponowne pobranie materiału biologicznego 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 powtórnego wykonania badania w celu potwierdzenia/wykluczenia zmian DNA.

13. **Zapoznałem(-am)** się z klauzulą informacyjną zamieszczoną na stronie internetowej www.inngen.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)
14. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem wymienionym w punkcie 13 niniejszego dokumentu.

……
Data i podpis pacjenta / opiekuna prawnego

INNGEN Laboratorium Badań Genetycznych Sp. z o. o.
ul. Magnoliowa 2, 20-143 Lublin,
NIP 712-303-29-00
www.inngen.pl, info@inngen.pl

.....
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