



Novorodenecké hypoglykémie s hyperinzulinizmom

Informovaný súhlas

Súhlas s genetickým vyšetrením u osoby staršej ako 18 rokov, ktorého cieľom je zistiť príčinu hypoglykémii

Dátum.....

Meno a priezvisko.....

Dátum narodenia.....

Dal/a som si vziať vzorku krvi, aby bolo urobené genetické vyšetrenie. Chápem, že toto vyšetrenie sa uskutočňuje len s cieľom zistenia príčiny hypoglykémii, ktoré postihujú mňa, alebo člena mojej rodiny Vzorka krvi nebude použitá na iný cieľ. Genetické vyšetrenie sa uskutoční v laboratóriu DIABGENE, spoločnom pracovisku Laboratória diabetu a výživy Slovenskej akadémie vied v Bratislave a Národného endokrinologického a diabetologického ústavu v Ľubochni so sídlom v Bratislave.

Detaily genetického vyšetrenia vysvetlil
MUDr.....

V..... Podpis pacienta.....



Novorodenecké hypoglykémie s hyperinzulinizmom

Informovaný súhlas

Súhlas zákonného zástupcu s genetickým vyšetrením, ktorého cieľom je zistiť príčinu hypoglykémii u dieťaťa mladšieho ako 18 rokov.

Dátum.....

Meno a priezvisko dieťaťa.....

Dátum narodenia.....

Meno a priezvisko zákonného zástupcu.....

Dal/a som súhlas, aby bola zobrať vzorka krvi môjho dieťaťa a bolo urobené genetické vyšetrenie. Chápem, že toto vyšetrenie sa uskutočňuje len s cieľom zistenia príčiny hypoglykémii, ktoré postihujú moje dieťa, alebo člena mojej rodiny. Vzorka krvi nebude použitá s iným cieľom. Genetické vyšetrenie sa uskutoční v laboratóriu DIABGENE, spoločnom pracovisku Laboratória diabetu a výživy Slovenskej akadémie vied v Bratislave a Národného endokrinologického a diabetologického ústavu v Ľubochni so sídlom v Bratislave.

Detaily genetického vyšetrenia vysvetlil
MUDr.....

V..... Podpis pacienta.....

Podpis zákonného zástupcu.....