

Genetik muayenelerden önce / sonra Genetik Tanılama Yasasına uygun Bilgilendirme / Genetik Danışma Hizmeti Belgeleme Formu

Tıbbi kurum / Hekim	Hasta bilgileri (buraya etiket de yapıştırılabilir)
	Soyadı _____ Adı _____ Doğum tarihi _____ Telefon _____ Sokak ve ev numarası _____ Posta kodu _____ Şehir _____

1. Size teklif edilen genetik danışma hizmeti (prenatal ve prediktif tanılamalarda zorunludur)	
Genetik Tanılama Yasasına uygun "Genetik muayenelerden önce/sonra bilgilendirme/danışma hizmeti konusunda bilgiler" başlıklı yazıyı okuyup anladım ve fotokopisini aldım.	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır
Genetik muayeneden önce bana genetik danışma hizmeti verilmesini istiyorum: Sonuç ortaya çıktıktan sonra bana genetik danışma hizmeti verilmesini istiyorum:	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır
Vazgeçme beyanı: Danışma hizmetinin içerikleri hakkındaki yazılı bilgileri aldıktan sonra, bana teklif edilen genetik danışma hizmetini istemediğimi beyan ederim.	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır
Ek düşünceler: Şehir adı ve imza tarihi:	Hastanın imzası veya yasal temsilcisinin/velisinin imzası

2. Bilgilendirildiğinize ya da danışma hizmeti aldığınıza dair onayınız (doğru olmayanları çiziniz)	
..... hastalığı / bozukluğu / teşhisi, bunun genetikle ilgili esasları, koruyucu tedbir alma/önleme/televi imkanları, yapılması mümkün olan genetik teşhis çalışmalarının amacı, türü, kapsamı ve ifade gücü ve örnek almadan veya testlemeden doğabilen riskler hakkında yeterince bilgilendirildiğimi / danışma hizmeti aldığımı beyan ederim.	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır
Verdiğim onayı, herhangi bir sebep belirtmeden dilediğim zaman ister kısmen ister tamamen iptal etme hakkına sahip olduğumu ve bunu yaptığım takdirde herhangi bir mağduriyete de düşmeyeceğimi bana bildirdiniz. Ayrıca, muayene sonucunu öğrenmeme (yani ne çıktığını bilmeme) hakkına sahip olduğumu da biliyorum. Başlatılmış olan muayene işlemlerini, sonucun bildirileceği ana kadar her zaman durdurabileceğimi ve muayene materyalinin, bundan kazanılmış tüm parçaların ve o ana kadar mevcut olan tüm sonuç ve tıbbi bulguların imha edilmesini isteyebileceğimi biliyorum.	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır
Genetik muayene(ler) sonunda elde edilen tıbbi bulguların aşağıdaki doktora gönderilmesine izin veriyorum: ▪ Aile doktorum Sayın Dr..... ▪ Kadın doktorum Sayın Dr. ▪ Sayın Dr..... ▪ Sayın Dr.....	<input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır
Muayeneden önceki bilgilendirmenin/genetik danışma hizmetinin hangi şehirde ve tarihte yapıldığı:	Hastanın imzası veya yasal temsilcisinin/velisinin imzası:
Sonuç ortaya çıktıktan sonraki genetik danışmanın hangi şehirde ve tarihte yapıldığı:	Hastanın imzası veya yasal temsilcisinin/velisinin imzası:

3. Genetik Teşhis Yasasına göre bilgilendirmeyi yapan / danışma hizmetini veren uzman hekimin dolduracağı belgeleme bölümü (gerekirse ek sayfa kullanınız)

Anamnezle ilgili özellikler:	
Muayeneden önceki bilgilendirme/danışma hizmeti içeriklerinin belgelenmesi: <input type="checkbox"/> Genetik esas(lar) <input type="checkbox"/> Tekrarlanma riski <input type="checkbox"/> Koruyucu tedbir alma/önleme/televi imkanları <input type="checkbox"/> Muayenenin amacı, türü, kapsamı ve ifade gücü <input type="checkbox"/> Numune almanın/Testlemenin riskleri <input type="checkbox"/> Diğer hususlar:	Sonuç ortaya çıktıktan sonraki danışma içeriklerinin belgelenmesi:_____ <input type="checkbox"/> Genetik esas(lar) <input type="checkbox"/> Tekrarlanma riski <input type="checkbox"/> Koruyucu tedbir alma/önleme/televi imkanları <input type="checkbox"/> Muayenenin amacı, türü, kapsamı ve ifade gücü <input type="checkbox"/> Numune almanın/Testlemenin riskleri <input type="checkbox"/> Diğer hususlar:
Prosedür:	Prosedür:
Şehir adı ve imza tarihi:	Şehir adı ve imza tarihi:
Genetik Tanılama Yasasına göre sorumlu olan tıbbi personelin imzası	Genetik Tanılama Yasasına göre sorumlu olan tıbbi personelin imzası