



## Souhlas s genetickým laboratorním vyšetřením

Jméno a příjmení vyšetřované/ho:.....Tel:.....

Rodné číslo.....Zdravotní pojišťovna:.....email: .....

### A. Účel genetického laboratorního vyšetření

Zjištění přenašečství pro nemoc

### B. PROHLÁŠENÍ VYŠETŘOVANÉ OSOBY

Za výše uvedeným účelem souhlasím s provedením těchto vyšetření:

Molekulárně genetická vyšetření:

TEST „MOJE GENY“

**Ze vzorku:** Bukální stěr

Zaslaný vzorek bude po provedení genetického laboratorního vyšetření zlikvidován.

**Souhlasím s provedením popsaného genetického laboratorního vyšetření s podmínkami uvedenými výše.**

Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv písemně odvolat.

Podpis vyšetřované osoby .....

V .....

Dne .....

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Já, níže podepsaný/-á,

vyšetřovaný/-á

- jméno a příjmení: .....
- RČ: .....
- trvale bytem: .....

- tímto v souvislosti s laboratorním vyšetřením „MOJE GENY“ (dále jen „**vyšetření**“) prováděným akreditovanou zdravotnickou laboratoří provozovanou společností EUC Laboratoře CGB a.s., IČO: 253 86 735, se sídlem Kořenského 1210/10, Vítkovice, 703 00 Ostrava, zapsanou v OR vedeném Krajským soudem v Ostravě pod sp. zn. B 3205 (dále jen „**laboratoř**“),

**čestně prohlašuji, že**

vzorek genetického materiálu označený mým jménem, který spolu s tímto prohlášením odesílám laboratoři za účelem provedení vyšetření, byl získán bukálním stěrem z mé ústní dutiny a obsahuje genetický materiál mé osoby.

Jsem si vědom/-a důsledků, které by pro mě mělo uvedení nepravdivých údajů v tomto čestném prohlášení.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

---

podpis vyšetřované/-ho