

Patient, Last name, first name:
Cognome e nome paziente:

synlab

Medizinisches Versorgungszentrum
Humane Genetik Munchen GmbH



Date of Birth:
Data di nascita:

Medical director:
Dr. med. Dr. rer. nat. Claudia Nevinny-Stickel
Human geneticist
Lindwurmstr. 23 80337 Munich
Tel.: +49-89/54 86 29 - 0 info@humane-genetik.de
Fax: +49-89/54 86 29 - 243 www.humane-genetik.de

INFORMED CONSENT FOR MOLECULAR GENETIC ANALYSES Consenso informato per analisi di genetica molecolare

I agree to have the following molecular genetic analysis performed on my (or my child's) specimen.
Acconsento all' esecuzione delle seguenti analisi genetiche molecolari eseguite su campioni miei (o di mio/a figlio/a)

Molecular Genetic Analysis
Analisi Genetica molecolare

- Molecular genetic analysis to confirm a clinical suspicion.
- Analisi genetica molecolare eseguita per confermare un sospetto clinico.**
- Molecular genetic analysis as predictive testing or testing for a carrier status.
- Analisi genetica molecolare eseguita come test predittivo o per stabilire l'eventuale condizione di portatore.**
- Molecular genetic analysis as prenatal testing.
- Analisi genetica molecolare eseguita per indagini prenatali.**

My signature below constitutes my acknowledgement that the benefits, risks, and limitations of this testing have been explained to my satisfaction by a qualified health professional. All test results are treated with standard medical confidentiality. Results will only be released to my physician(s) in case of my consent.

La mia firma sotto riportata, costituisce la mia dichiarazione che i benefici, i rischi, e le limitazioni di queste analisi mi sono state spiegate in modo soddisfacente da professionisti sanitari qualificati. Tutti i risultati dei test sono trattati in accordo con le vigenti leggi di tutela della privacy in ambito sanitario.

I risultati saranno comunicati esclusivamente al mio medico previo il mio consenso.

- NO Sample material will be archived to allow reexamination.
- NO Il campione sarà archiviato per permettere un eventuale riesame.**
- NO I hereby consent to having my results archived in accordance with the legal requirement of 10 years as well as for any length of time beyond this period as deemed necessary.
- NO Con la presente acconsento ad avere i miei risultati archiviati, in accordo con i requisiti di legge, per 10 anni, così come per periodi oltre i 10 anni se ritenuto necessario.**
- NO I hereby consent to allow my (or my child's) anonymous sample to be used for medical research, test validation, or quality control, as long as my privacy (or that of my child) is maintained.
- NO Con la presente permetto l'utilizzo anonimo del mio (o di mio/a figlio/a) campione per la ricerca medica, validazione di test, o controlli di qualità sempre che la mia (o di mio/a figlio/a) Privacy venga rispettata.**

I can withdraw my consent at any time by contacting the laboratory.

Written or electronic acknowledgement of the referring physician is considered as sufficient as proof of informed consent.

Posso ritirare il consenso espresso in ogni momento contattando il laboratorio.

Il consenso espresso in forma cartacea o in forma elettronica da parte del medico richiedente è considerato sufficiente come prova di consenso informato.