



Piekrišanas veidlapa ģenētiskai analīzei laboratorijā Zviedrijā

Consent form for genetic analysis by laboratory in Sweden

NIPT analīzi veic Life Genomics, kam nepieciešama rakstiska pacienta piekrišana. Tādēļ pacientam ir jāparaksta šī veidlapa.

Analysis of NIPT is performed at Life Genomics who require written patient consent. The patient therefore needs to sign this form.

Ar savu parakstu es piekrītu tam:

With my signature below I consent to that:

- Esmu saņēmis medicīnisko instruktāžu par ģenētisko analīzi, kas jāveic manis iesniegtajiem paraugiem.
I have received medical briefing about the genetic analysis to be performed on the samples I have submitted.
- Man ir bijusi iespēja uzdot jautājumus un pārrunāt pārbaudes iespējas, ierobežojumus un iespējamus riskus ar savu ārstu vai vecmāti.
I have had the opportunity to ask questions and discuss the possibilities, limitations, and possible risks of the test with my doctor or midwife.
- Es apzinos, ka pēc pieprasījuma es varu saņemt profesionālu ģenētisko konsultāciju pirms šīs piekrišanas parakstīšanas.
I am aware that, upon request, I may receive professional genetic counselling before signing this consent.
- Es dodu savu piekrišanu izmeklēšanai un atļauju Life Genomics veikt manas izvēlētās laboratorijas pārbaudes.
I give my consent to the investigation and allow Life Genomics to perform my chosen laboratory tests.
- Es dodu savu piekrišanu manu personas datu, asins paraugu un testu rezultātu datu apstrādei un uzglabāšanai saskaņā ar Life Genomics [personas datu politiku](#) un piemērojamām juridiskajām prasībām.
I give my consent to the handling and storage of my personal data, blood sample and test result data according to Life Genomics [personal data policy](#) and applicable legal requirements.

Lūdzu, saglabāriet šīs veidlapas kopiju. Ja jums ir kādi jautājumi vai vēlaties atsaukt savu piekrišanu, sazinieties ar Life Genomics pa e-pastu info@lifegenomics.se vai +46 31-749 36 50.
Please, keep a copy of this form. If you have any questions or would like to revoke your consent, please contact Life Genomics at info@lifegenomics.se or +46 31-749 36 50.

Pilsēta
City

Datums (GGGG-MM-DD)
Date (YYYY-MM-DD)

Paraksts
Signature

Vārda precizējums
Printed name

Dzimšanas datums (GGGG-MM-DD)
Birth date (YYYY-MM-DD)

LID numurs (aizpilda veselības aprūpes speciālisti)
LID number (to be filled in by health care professionals)

Vai arī zemāk novietojiet svītrkoda uzlīmi
Alternatively, place barcode sticker below