

## Informed Consent - Toestemmingsverklaring

# MORBUS WILSON GENMUTATIE ATP7B H1069Q PCR GENTEST

- Ik heb de informatie gelezen, ik kon vragen stellen over het onderzoek. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik deze test wilde aanvragen
  - Ik ben voldoende voorgelicht en accepteer de mogelijkheid dat geestelijk belastende resultaten kunnen worden gevonden
  - Ik ga akkoord met het verzenden van de resultaten naar Bloedwaardentest
  - Ik draag zelf zorg voor nazorg, de verdere interpretatie van deze testen en begeleiding wordt verzorgd door mijn medische specialist waar ik onder behandeling ben.
- 

Naam :

Handtekening: .....

Datum: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

---

*Ik verklaar dat ik deze persoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek. Als er tijdens het onderzoek belastende informatie voor deze persoon bekend wordt, dan zal ik hem/haar hierbij begeleiden.*

Naam behandelaar :

Datum: \_\_ / \_\_ / \_\_