

Déclaration de consentement



PROTEOPATH

Proteopath GmbH | Max-Planck-Straße 20 | DE-54296 Trier | Prof. Dr. med Dr. phil. Jörg Kriegsman | Tel. +49 651 14618 25 | Fax +49651 146 183 23 | service@proteopath.de | www.proteopath.de | HRB 42722 Amtsgericht Wittlich

Prénom, nom du patient	
Genre	Date de naissance
Adresse	

Expéditeur

Barcode

Attention!

Le patient doit obligatoirement remplir intégralement la déclaration de consentement ci-jointe pour les tests génétiques !

Déclaration de consentement conformément à la loi sur le diagnostic génétique (GenDG) et au règlement général sur la protection des données (RGPD)

Cher patient, chers tuteurs légaux,

Selon les spécifications du GenDG, l'examen ne peut être effectué qu'avec votre consentement.

Avec votre signature, vous confirmez que

Obligatoire

- vous avez été complètement informé par votre médecin des déclarations et conséquences du test génétique et vous avez compris cette explication. OUI
- vous avez pu poser toutes les questions qui vous intéressaient lors de la séance d'information susmentionnée et celles-ci ont reçu une réponse complète et compréhensible. OUI
- Vous reconnaissez que vous pouvez retirer votre consentement et interrompre l'enquête à tout moment (droit de ne pas savoir). OUI
- vous autorisez Proteopath GmbH ou un laboratoire de coopération médicale spécialisé à effectuer des tests génétiques pour vous ou pour la personne susmentionnée en votre qualité de tuteur légal OUI
- vous consentez à l'utilisation de l'échantillon pour les tests génétiques ci-dessus OUI
- vos données personnelles et médicales seront collectées, traitées et utilisées par Proteopath GmbH OUI
- toutes les informations que vous avez fournies, ainsi que tous les résultats de l'examen, sont soumis au secret médical et aux exigences légales en matière de protection des données (RGPD) et ne peuvent être transmis à des tiers sans votre consentement exprès. Vous pouvez révoquer ce consentement ou des parties de celui-ci à tout moment et sans donner de raisons. OUI
- la transmission des résultats à votre médecin traitant ou à d'autres médecins OUI

Vous acceptez également

Optionnel

- le stockage et l'utilisation du matériel d'essai obtenu à partir de l'échantillon à des fins scientifiques et d'assurance qualité sous une forme pseudonymisée OUI
- le stockage et l'utilisation des données collectées sous une forme pseudonymisée à des fins scientifiques et d'assurance qualité OUI

Lieu et date

Signature du patient/tuteurs légaux

Signature du médecin responsable

Date de réception

