

PATIENT CONSENT / POTILAAN SUOSTUMUS

I consent to the test(s) I have chosen and confirm that I have been informed about the purpose, scope, and limitations of the test by my healthcare provider. I understand this is a screening test for selected abnormalities and the results should be reviewed by my healthcare provider. I have had the opportunity to ask questions and understand that I can request further information and genetic counselling.

I consent to the use of the leftover specimen and health information in the Patient Informed Consent document.

I agree that my personal data may be used for auditing and quality control purposes as outlined in the Patient Informed Consent document and understand I can withdraw my consent at any point.

Hyväksyn testin suorittamisen ja minua on informoitu testin tarkoituksesta, laajuudesta ja rajoitteista. Ymmärrän, että tämä on seulontatesti valituille poikkeavuuksille ja tuloksen tulkitsee terveydenhuollon ammattilainen. Minulla on ollut mahdollisuus kysyä kysymyksiä ja ymmärrän että minulla on edelleen mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä ja saada genetiikkaan liittyvää neuvontaa.

Hyväksyn ylijäämänäytteen ja terveystietojeni käytön kuten potilasohjeessa on kuvattu.

Hyväksyn että henkilötietojani voidaan käyttää auditointiin ja laadunvalvontatarkoituksiin, kuten potilasohjeessa on kuvattu. Ymmärrän että voin perua hyväksyntäni milloin tahansa.

Date / Päivämäärä :

| D | D | | M | M | | Y | Y | Y | Y |

Patient's signature / Potilaan allekirjoitus

PRESCRIBING CLINICIAN CONSENT

LÄÄKÄRIN SUOSTUMUS

I verify that the patient and prescriber information in this form is complete and accurate to the best of my knowledge and that I have requested this screening test based on my professional judgement of medical necessity.

I have addressed the limitations of this test, and have answered any questions to the best of my ability.

I understand that Eurofins may need additional information, and I agree to provide it as needed.

Vahvistan että tiedot tällä lomakkeella ovat täydelliset ja oikein parhaan tietoni mukaan ja olen pyytänyt tämän seulontatestin perustuen ammatilliseen arviooni lääketieteellisestä tarpeesta.

Olen kertonut testin rajoitteet ja vastannut kysymyksiin parhaan kykyni mukaan.

Ymmärrän että Eurofins voi tarvita lisätietoja, joita annan tarvittaessa.

Date / pvm: | D | D | | M | M | | Y | Y | Y | Y |

Prescribing clinician's signature / Lääkärin allekirjoitus

LABORATORY / LABORATORIO TÄYTTÄÄ

Blood sample taken on: | D | D | | M | M | | Y | Y | at | | hr | | min