



病人授权使用知情同意书
(Participation in anonymized research using my DNA samples)

我郑重声明(Authorization): 授权 _____ 医生/ _____ 北京家恩德运医院 _____ (单位)

(地址:) _____ 北京市海淀区知春路 29 号 11 栋, 邮编 100191 _____

无偿使用我的完成遗传诊断后的弃血和结果用于科学研究。

病人姓名 (Patient Name): _____

生日 (Birth date): _____ 电话 (Phone): _____

注: 我知道只能在材料未被使用前撤销该声明, 被使用后不能撤销。

(I understand that this authorization may be revoked at any time, except to the extent that action has been taken in reliance on the authorization).

签名 (PATIENT SIGNATURE): _____ 日期 (DATE) _____

合法代表签名 (LEGAL REPRESENTATIVE SIGNATURE): _____

与患者关系 (RELATIONSHIP TO PATIENT) : _____

签名日期 (DATE) ____/____/____