

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ - INFEKCJE PRZEWODU POKARMOWEGO

Zał. nr 6 do P.1
wersja nr 3

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZLECANE BADANIA

DANE PACJENTA:		ZLECENIODAWCA (nie dotyczy badań prywatnych):	
Imię:		Numer kontrahenta:	
Nazwisko:		Imię i nazwisko osoby zlecającej:	
Adres zamieszkania:		Pieczęć jednostki zlecającej:	
Ulica:..... nr.....	 data podpis osoby upoważnionej	
Miejscowość:..... kod:.....			
PESEL:			
tel. kontaktowy:		tel. kontaktowy:	
e-mail:		e-mail:	

Wypełnienie powyższych pól jest warunkiem koniecznym do przyjęcia zlecenia, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23. 03. 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. 2006 r. Nr 61, poz. 435) oraz wymaganiami normy ISO 9001:2008

MATERIAŁ DO BADAŃ:		
Rodzaj materiału:	Data pobrania:	Imię i nazwisko pobierającego:

Kolorem czerwonym oznaczono dane niezbędne do przyjęcia zlecenia!

RODZAJ BADANIA:	
117 <input type="checkbox"/>	<i>Helicobacter pylori</i> - test jakościowy, Real-Time PCR (cena 190 zł, czas realizacji 7 dni roboczych)
119 <input type="checkbox"/>	<i>Helicobacter pylori</i> - test jakościowy + lekooporność na klarytromycynę, multiplex PCR (cena 460 zł, czas realizacji 7 dni roboczych)

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEGO ODBIORU (nie dotyczy kontrahentów):	
Imię i nazwisko:	tel. kontaktowy:
Adres:	

DEKLAROWANY SPOSÓB ODBIORU BADAŃ (nie dotyczy kontrahentów):	
<input type="checkbox"/> List polecony priorytetowy (bezpłatnie)	<input type="checkbox"/> Przesyłka kurierska (za pobraniem 30 zł)
<input type="checkbox"/> Odbiór w gabinecie lekarskim	<input type="checkbox"/> Odbiór osobisty w laboratorium (Poznań, ul. Mickiewicza 31)

ISTOTNE DANE KLINICZNE PACJENTA / UWAGI:	

- Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego, w sytuacjach gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium.
- Laboratorium zastrzega sobie możliwość anonimowego wykorzystania materiału genetycznego do badań naukowych, wpływających na poszerzenie wiedzy z zakresu zakażeń mikrobiologicznych lub chorób dziedzicznych. W przypadku nie wyrażenia zgody proszę zaznaczyć:

Deklaracja świadomej zgody na wykonanie badań molekularnych:

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie/od mojego dziecka* materiału (krwi/wymazu/wycinka tkanki*) w celu izolacji kwasów nukleinowych i wykonania molekularnych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w DNA lub identyfikację DNA mikroorganizmów chorobotwórczych w związku z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów badań medycznych, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. NR 101, poz. 926, ze zm.)

Uwaga: wyrażenie zgody jest konieczne do przeprowadzenia badań diagnostycznych!

* niepotrzebne skreślić

.....
DATA I PODPIS PACJENTA