



NR ZLECENIA: _____

Data i godzina przyjęcia materiału: _____

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE PACJENTA:		ZLECENIODAWCA (nie dotyczy badań prywatnych):							
Imię		Numer kontrahenta:							
Nazwisko:		Imię i nazwisko lekarza kierującego:							
Adres zamieszkania:		Pieczęć jednostki zlecającej:							
Ulica:.....									
Kod pocztowy:..... Miejscowość:.....									
PESEL:									
Data urodzenia:	 data							
<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/>		D	D	M	M	R	R podpis osoby upoważnionej	
D	D	M	M	R	R				
tel. kontaktowy:		tel. kontaktowy:							
e-mail:									

Wypełnienie powyższych pól jest warunkiem koniecznym do przyjęcia zlecenia, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21. 01. 2009 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. 2009 r. Nr 22, poz. 128 ze zm.) oraz wymaganiami normy ISO 9001:2008

MATERIAŁ DO BADAŃ:

Rodzaj materiału:	Data i godzina pobrania:	Imię i nazwisko pobierającego:
-------------------	--------------------------	--------------------------------

Kolorem czerwonym oznaczono dane niezbędne do przyjęcia zlecenia!

ZAMÓWIONE TESTY

- NutriHealth
 NutriFit
 NutriFood
 NutriGene
 SportGene Mini
 SportGene
 Zdrowe Jelita

MIJSCJE PRZESŁANIA WYNIKU LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEGO ODBIORU

Imię i nazwisko: tel. kontaktowy:

Adres:

Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego, w sytuacjach gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium.

Zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. NR 101, poz. 926, ze zm.)

1/ Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów promocyjnych. W przypadku nie wyrażenia zgody proszę zaznaczyć:

2/ Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów badawczych. W przypadku nie wyrażenia zgody proszę zaznaczyć:

3/ Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji dotyczących wyników badań na podany w ankiecie adres e-mail i numer telefonu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na wykorzystanie danych osobowych zawartych w ankiecie zgodnie z Regulaminem korzystania z serwisu do odbierania wyników on-line.

W przypadku nie wyrażenia zgody proszę zaznaczyć:

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem oświadczenia usług badań diagnostycznych na rzecz Klientów Centrum Badań DNA Sp. z o.o.

.....
DATA I PODPIS PACJENTA

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE GENETYCZNYCH BADAŃ MOLEKULARNYCH

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie/od mojego dziecka* materiału w postaci krwi/wymazu/inne.....* w celu izolacji DNA i wykonania molekularnych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w DNA w związku z koniecznością określenia predyspozycji genetycznych.

* - niepotrzebne skreślić

Wyrażenie zgody jest niezbędne do przeprowadzenia badań diagnostycznych.

Zostałem poinformowana/ny, że:

- Pobranym materiałem zostanie użyty do izolacji mojego DNA oraz wykonania diagnostyki genetycznej.
- Wyizolowany DNA będzie przechowywany do czasu wykonania analiz w odpowiednich warunkach, jednakże istnieje ryzyko degradacji DNA (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.
- W niektórych sytuacjach wynik badania może być nieinformatywny lub niejednoznaczny. W takich sytuacjach wynik analizy DNA nie zostanie wydany. Próbkę zostanie poddana ponownemu badaniu po wprowadzeniu nowych metod diagnostycznych, umożliwiających uzyskanie informatywnego wyniku.
- W przypadku, gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymany wynik badania może być niewłaściwie zinterpretowany.
- Wyizolowane DNA będzie przechowywane i anonimowo wykorzystane do genetycznych badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża chorób genetycznych. W przypadku braku zgody na przechowywanie DNA i jego anonimowe użycie do badań naukowych, proszę zaznaczyć: (w takim wypadku DNA zostanie zniszczone po zakończeniu analiz)
- Jeśli wyniki badań naukowych prowadzonych w przyszłości mogłyby stanowić podstawę do rozpoznania choroby genetycznej lub zwiększonego ryzyka jej rozwoju, wyrażam zgodę na przekazanie mi odpowiednich informacji. W przypadku braku zgody proszę zaznaczyć:
- Jeśli w okresie od pobrania materiału do badań a datę wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza „Deklaracja Świadomej Zgody”.

Dane rodzica lub opiekuna prawnego (wypełnić jeśli pacjent jest niepełnoletni)

Zostałem poinformowany o rodzaju badania genetycznego i jego możliwych wynikach

Imię Nazwisko

Data urodzenia Telefon kontaktowy

Adres

.....
 Data Podpis pacjenta / rodzica / prawnego opiekuna

Pacjent został poinformowany o celu i szczegółach dotyczących rodzaju badania oraz możliwych wynikach, które będą wymagały właściwej interpretacji.

.....
 Podpis i pieczęć lekarza kierującego