



**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<br>lekarza kierującego:       |  |
| Adres zamieszkania:                  |  | Pieczęć jednostki zlecającej:                 |  |
| Ulica:.....                          |  |   |  |
| Kod pocztowy:..... Miejscowość:..... |  |   |  |
| PESEL:                               |  |   |  |
| Data urodzenia:                      |  | ..... data                                    |  |
| tel. kontaktowy:                     |  | ..... podpis osoby upoważnionej               |  |
| e-mail:                              |  | tel. kontaktowy:                              |  |

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

**MIJSCIE 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