



Centrum Badań DNA Sp. z o.o.
Laboratorium Genetyki Medycznej
ul. Ściegiennego 20, 60-128 Poznań
tel.: 509 568 006, fax: 61 623 25 26
e-mail: bok@cbdna.pl, www.cbdna.pl

NR ZLECENIA:

Wypełnia CB DNA

Data i godzina
przyjęcia materiału:

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ - INFЕКCJE DRÓG ODDECHOWYCH

Wersja 01/06/19

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE PACJENTA:		DANE KONTRAHENTA:	
Imię:		Numer kontrahenta:	
Nazwisko:		Imię i nazwisko lekarza kierującego:	
Adres zamieszkania:		Pieczęć jednostki zlecającej:	
Ulica:.....			
Kod pocztowy:.....Miejscowość:.....			
PESEL:		
Data urodzenia: D D M M R R		data	
kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/>		podpis osoby upoważnionej	
tel. kontaktowy:		tel. kontaktowy:	
e-mail:		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.)

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

Kolorem czerwonym oznaczono dane niezbędne do przyjęcia zlecenia!

POJEDYNCZE BADAŃIA:
108 <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae - test jakościowy, PCR
105 <input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae - test jakościowy, PCR
124 <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis - test jakościowy, PCR

PANELE BADAŃ:
708 <input type="checkbox"/> Panel PNEUMO - identyfikacja materiału genetycznego 16 patogenów: Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Chlamydia trachomatis, Chlamydia psittaci, Aspergillus fumigatus, Cryptococcus neoformans, Candida albicans, C. glabrata, C. tropicalis, C. parapsilosis, C. kefyr, C. guilliermondii, C. dubliniensis, C. lusitanae, C. krusei, Y. lipolytica - jakościowo multiplex PCR

DEKLAROWANY SPOSÓB ODBIORU BADAŃ (proszę zaznaczyć wybraną opcję):
<input type="checkbox"/> odbiór wyniku on-line <input type="checkbox"/> List polecony priorytetowy <input type="checkbox"/> Odbiór osobisty w laboratorium <input type="checkbox"/> Przesyłka kurierska (do ceny testu doliczyć 30 zł)

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEGO ODBIORU
Imię i nazwisko: tel. kontaktowy:
Adres:.....

ISTOTNE DANE KLINICZNE PACJENTA / UWAGI:

PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZLECANE BADAŃIA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUGĄ STRONĘ FORMULARZA

Deklaracja świadomej zgody na wykonanie badań molekularnych: Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie/od mojego dziecka* materiału (krwi/wymazu/wycinkatkanki**) 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. **Uwaga! Wyrażenie zgody jest konieczne do przeprowadzenia badań diagnostycznych!**

Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego, w sytuacjach, gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium (słaba jakość lub niewystarczająca ilość materiału).

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) laboratorium informuje, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Badań DNA Sp. z o.o. ul. Inflancka 25, 61-132 Poznań
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust. 1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 3) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz umowy współpracy z Administratorem Danych Osobowych
- 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 20 lat
- 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania
- 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
- 7) podanie danych osobowych jest obowiązkowe na mocy przepisu prawa

Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów badawczych.

Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie materiału genetycznego do badań naukowych, wpływających na poszerzenie wiedzy z zakresu zakażeń mikrobiologicznych lub chorób dziedzicznych.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016):

wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych.

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

** niepotrzebne skreślić

.....
Data i podpis Pacjenta