



Centrum Badań DNA Sp. z o.o.
Laboratorium Genetyki Medycznej
ul. Ściegiennego 20, 60-128 Poznań
tel.: 509 658 006, 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 ODKLESZCZOWE
TESTY DO CELÓW BADAWCZYCH**

wersja 01/2020

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE PACJENTA:		DANE KONTRAHENTA:	
Imię:.....		Nr kontrahenta:	
Nazwisko:.....		Pieczęć jednostki zlecającej:	
Ulica:.....			
Kod pocztowy:.....Miejscowość:.....			
PESEL:			
tel. kontaktowy:		tel. kontaktowy:	
e-mail:		e-mail:	

Kolorem czerwonym oznaczono dane niezbędne do przyjęcia zlecenia!

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

RODZAJ BADANIA:	
POJEDYNCZE BADANIA:	PANELE BADAŃ:
RUO/101 <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi (borelioza) - test jakościowy, Real Time PCR	RUO/701 <input type="checkbox"/> Panel INFЕКCJI ODKLESZCZOWYCH - PODSTAWOWY identyfikacja 4 patogenów: B. burgdorferi, B. divergens, B. henselae, A. phagocytophilum - test jakościowy, Real Time PCR
RUO/102 <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi (borelioza) - test jakościowy+ilościowy, Real Time PCR	RUO/702 <input type="checkbox"/> Panel KOINFЕКCJI W BORELIOZIE identyfikacja 6 patogenów: B. divergens, B. henselae, A. phagocytophilum, M. pneumoniae, Y. enterocolitica, T. gondii - test jakościowy, Real Time PCR
RUO/601 <input type="checkbox"/> Babesia divergens - test jakościowy, Real Time PCR	RUO/703 <input type="checkbox"/> Panel INFЕКCJI ODKLESZCZOWYCH - PEŁNY identyfikacja 7 patogenów: B. burgdorferi, B. divergens, B. henselae, A. phagocytophilum, M. pneumoniae, Y. enterocolitica, T. gondii - test jakościowy, Real Time PCR
RUO/103 <input type="checkbox"/> Bartonella henselae - test jakościowy, Real Time PCR	
RUO/153 <input type="checkbox"/> Bartonella henselae - test jakościowy+ilościowy, Real Time PCR	
RUO/148 <input type="checkbox"/> Anaplasma phagocytophilum - test jakościowy, Real Time PCR	
RUO/108 <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae - test jakościowy, Real Time PCR	
RUO/109 <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae - test jakościowy + test ilościowy, Real Time PCR	
RUO/150 <input type="checkbox"/> Yersinia enterocolitica - test jakościowy, Real Time PCR	
RUO/154 <input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii - test jakościowy, Real Time PCR	

CZAS REALIZACJI ZLECENIA:	
<input type="checkbox"/> STANDARD - do 7 dni roboczych - badanie pojedyncze, do 10 dni roboczych- badanie panelowe	<input type="checkbox"/> EKSPRES - pojedyncze badanie 2 dni robocze licząc od dnia następnego po przyjęciu materiału przez laboratorium (dopłata 200 zł); badanie panelowe 4 dni robocze licząc od dnia następnego po przyjęciu materiału (dopłata 400 zł).

DEKLAROWANY SPOSÓB ODBIORU BADAŃ (proszę zaznaczyć wybraną opcję):	
<input type="checkbox"/> *Odbiór wyników on-line e-mail:.....	<input type="checkbox"/> Odbiór osobisty w laboratorium
<input type="checkbox"/> List polecony priorytetowy (do ceny testu doliczyć 10 zł)	<input type="checkbox"/> Przesyłka kurierska (do ceny testu doliczyć 30 zł)

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEGO ODBIORU (wypełnić wyłącznie w przypadku opcji innej niż wyniki on-line):	
Imię i nazwisko:	tel. kontaktowy:
Adres:.....	

ISTOTNE DANE KLINICZNE PACJENTA / UWAGI:

PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZLECANE BADANIA

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 (staba 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.

*Proszę o udostępnienie wyników badań laboratoryjnych na wskazany przeze mnie w ankiecie adres e-mail.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem korzystania z serwisu do odbierania wyników on-line i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu i w zakresie potrzeb niezbędnych do realizacji w/w usługi.

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