



Centrum Badań DNA Sp. z o.o.  
ul. Ściegiennego 20, 60-128 Poznań  
tel. 509 658 006, e-mail: bok@cbdna.pl  
www.cbdna.pl

Wypełnia CB DNA

Numer zlecenia:

Data i godzina  
przyjęcia materiału:

Kod kreskowy:

## Formularz zlecenia badań

Imię i nazwisko pacjenta:

Dane placówki zlecającej:

Numer PESEL:

Data urodzenia:

Pieczętka firmowa:

Adres zamieszkania:

E-mail:

Telefon:

Pieczętka i podpis osoby upoważnionej/  
lekarza:

kobieta:  mężczyzna:  obywatelstwo:

Rodzaj materiału:

Data i godzina pobrania:

Imię i nazwisko osoby pobierającej:

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.)

**Test predyspozycji genetycznej do infekcji koronawirusem SARS-CoV-2 - PCR/sekwencjonowanie**

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. Ściegiennego 20, 60-128 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 obligatoryjne 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/zleceniodawcy

## 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 / podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby\*: .....

\* - niepotrzebne skreślić

**Wyrażenie zgody jest niezbędne do przeprowadzenia badań diagnostycznych.**

Zostałem poinformowana/ny, że:

1. Pobrany materiał zostanie użyty do izolacji mojego DNA oraz wykonania diagnostyki genetycznej.
2. 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.
3. 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.
4. W przypadku, gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymany wynik badania może być niewłaściwie zinterpretowany.
5. Jeśli w okresie od pobrania materiału do badań a datą wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza „Deklaracja Świadomej Zgody”.
6. Wyizolowane DNA będzie przechowywane i anonimowo wykorzystane do genetycznych badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża chorób genetycznych.

**Wyrażam zgodę na przechowywanie DNA i jego anonimowe użycie do badań naukowych, W przypadku nie wyrażenia zgody 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.**

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

Imię	Nazwisko
Data urodzenia	Telefon kontaktowy
Adres	

Zostałem poinformowany o rodzaju badania genetycznego i jego możliwych wynikach

.....  
*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*