

Data i godzina
dostarczeniaNumer
zlecenia

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ

INFEKCJE ODDECHOWE, SARS-CoV-2 (COVID-19)

Centrum Badań DNA Sp. z o.o.

ul. Ściegiennego 20, 60-128 Poznań

tel. 530 784 239 | e-mail: bok@cbdna.pl

Dane pacjenta

Imię _____ Nazwisko _____

Ulica / numer domu _____

Kod pocztowy / miasto _____

PESEL _____ Data urodzenia _____

Telefon _____

E-mail _____

Płeć kobieta mężczyzna Obywatelstwo _____

Wypełnienie powyższych pól jest warunkiem koniecznym do przyjęcia zlecenia, zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 września 2019 r w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych

Dane Zleceniodawcy/ Kontrahenta

Numer kontrahenta _____

Pieczęć jednostki zlecającej

Data i podpis : _____

Telefon/ e-mail: _____

Materiał do badania _____ Data i godzina pobrania _____ Dane osoby pobierającej _____

RODZAJ BADANA

- 2020 Test genetyczny na obecność wirusa SARS-CoV-2 (COVID-19) - jakościowo Real Time PCR
- 2022 Test antygenowy na obecność wirusa SARS-CoV-2 (COVID-19)
- 2023 Test genetyczny na obecność wirusa SARS-CoV-2 (COVID-19) oraz grypy A/B - jakościowo Real Time PCR
- 2024 Test genetyczny RT-LAMP na obecność wirusa SARS-CoV-2 (COVID-19) - jakościowo RT-LAMP
- 2030 Test genetyczny na obecność wirusów SARS-CoV-2, grypy typ A/B i RSV typ A/B - jakościowo Real Time PCR
- 2019 Test genetyczny na obecność wirusa RSV typ A/B - jakościowo Real Time PCR

SPOSÓB ODBIORU WYNIKU online osobiście list polecony przesyłka kurierska (za dopłatą 30 PLN)

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEGO ODBIORU

Imię i nazwisko _____ telefon _____

Adres _____ e-mail _____

UWAGI / ISTOTNE DANE KLINICZNE PACJENTA

Deklaracja świadomej zgody na wykonanie badań molekularnych: Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie/od mojego dziecka* materiału (wymazu) w celu izolacji kwasów nukleinowych i wykonania molekularnych badań diagnostycznych, mających na celu 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 oraz badawczo-rozwojowych wpływających na poszerzenie wiedzy z 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.

.....
Data i podpis Pacjenta