

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ INFEKCJE MOCZOWO-PŁCIOWE

Centrum Badań DNA Sp. z o.o.
ul. Ściegiennego 20, 60-128 Poznań
tel. 530 784 239 | e-mail: bok@cbdna.pl

Data i godzina
dostarczenia

Numer
zlecenia

Sposób dostarczenia

- bezpośrednio
 kurier
 poczta

Przydatność do badania

- tak
 nie
 warunkowo

Dane pacjenta

Imię _____ Nazwisko _____

Ulica / numer domu _____

Kod pocztowy / miasto _____

PESEL: _____ Data urodzenia _____

Telefon _____

E-mail _____

Płeć kobieta mężczyzna

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 _____

POJEDYNCZE BADANIA

- 400 HPV 38 - wykrywanie 38 typów wirusa + genotypowanie
401 HPV30 - genotypowanie 30 typów wirusa HPV
112 Ureaplasma urealyticum/Ureaplasma parvum
115 Wirus HSV I/II (wirus opryszczki) oraz różnicowanie typów
117 Trichomonas vaginalis/Neisseria gonorrhoeae

PANELE BADAŃ

- 703 URO-GENITAL 4
708 URO-GENITAL 7
711 URO-GENITAL 11
716 URO-GENITAL 14

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 (krwi/wymazu/wycinka tkanki**) 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