

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ**SARS-CoV-2 (COVID-19) - PREDYSPOZYCJE****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
dostarczeniaNumer
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 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 BADANIA2027 Test predyspozycji genetycznej do infekcji koronawirusem SARS-CoV-2 (COVID-19)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

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

**DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY
NA WYKONANIE GENETYCZNYCH BADAŃ MOLEKULARNYCH**

* - niepotrzebne skreślić

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.**

Imię	Nazwisko
Data urodzenia	Telefon kontaktowy
Adres	

.....
Data

.....
Podpis pacjenta / rodzica / prawnego opiekuna

.....
Podpis i pieczętka lekarza kierującego