

**FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ****SARS-CoV-2 (COVID-19) - OZNACZENIE PRZECIWCIAŁ****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
- 
- 
- pobranie w laboratorium

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 BADANIA**2025  Koronawirus SARS-CoV-2 (COVID-19) – oznaczenie przeciwciał anty-S w klasie IgG (ilościowo)2026  Koronawirus SARS-CoV-2 (COVID-19) – oznaczenie przeciwciał IgM i IgG (półilościowo)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