

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ**BADANIA WELLNESS****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:**ZLECENIODAWCA (nie dotyczy badań prywatnych):**

Imię

Numer kontrahenta:

Nazwisko:

Imię i nazwisko
lekarza kierującego:

Adres zamieszkania:

Pieczęć jednostki zlecającej:

Ulica:

Kod pocztowy: Miejscowość:

PESEL:

Data urodzenia: D D M M R R kobieta mężczyzna

tel. kontaktowy:

data

.....
podpis osoby upoważnionej

e-mail:

tel. kontaktowy:

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 (Dz.U. 2019 poz. 1923) ze zmianami (Dz.U. 2019 poz. 1923), (Dz.U. 2020 poz. 2042)

MATERIAŁ DO BADAŃ

Rodzaj materiału:

Data i godzina pobrania:

Imię i nazwisko pobierającego:

ZAMÓWIONE TESTY1000 Panel Sport Gene - Genialny sportowiec1004 Panel Nutri Gene - Genialne odżywianie1001 Panel ABC nowotworów - Genialne zdrowie1005 Panel Skin Gene - Genialna skóra1002 Panel Kids Gene - Genialne dziecko1006 Panel Psyche Gene - Genialna psychika1003 Panel Fertility Gene - Genialna płodność**MIJSCJE PRZESŁANIA WYNIKU LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEGO ODBIORU**

Imię i nazwisko: tel. kontaktowy:

Adres:

DEKLAROWANY SPOSÓB ODBIORU WYNIKU (proszę zaznaczyć wybraną opcję) online odbiór osobisty w laboratorium list polecony przesyłka kurierska**WSKAZANIA DO WYKONANIA BADANIA ORAZ ISTOTNE DANE KLINICZNE PACJENTA**

Aktualne rozpoznanie lub podejrzenie choroby:

Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy pacjent przechodził transfuzję krwi?

TAK NIE **Jeśli tak to materiałem do badań nie może być krew!**

Informacje o stosowanym leczeniu:

Informacja o obciążeniach genetycznych w rodzinie pacjenta:

Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego, w sytuacjach gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium.

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 obowiązkowe na mocy przepisu prawa

Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów badawczych.

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 moich danych osobowych w celach marketingowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na wykorzystanie danych osobowych zawartych w ankiecie zgodnie z Regulaminem korzystania z serwisu do odbierania wyników on-line.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem oświadczenia usług badań diagnostycznych na rzecz Klientów Centrum Badań DNA Sp. z o.o.

.....
Data i podpis pacjenta/ rodzica/ opiekuna prawnego



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.

* - 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. 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 analizy.
6. 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.
7. Jeśli w okresie od pobrania materiału do badań a datę wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza „Deklaracja Świadomej Zgody”.

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

Zostałem poinformowany o rodzaju badania genetycznego i jego możliwych wynikach

Imię Nazwisko

Data urodzenia Telefon kontaktowy

Adres

.....
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