

## 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

wypełnia laboratorium

### 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 BADAANIA

400  HPV 38 - wykrywanie 38 typów wirusa + genotypowanie

401  HPV33 - genotypowanie 33 typów wirusa HPV

#### PANELE BADAŃ

717  URO-GENITAL 12

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 (krew/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,

iz: 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