

Formularz zlecenia badania w materiale z poronienia

Prosimy o dołączenie dokumentu (ksero) potwierdzającego ciążę (np. karta informacyjna ze szpitala, karta ciąży lub wynik badania histopatologicznego)

I. Dane pacjentki:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

Data urodzenia

Tel. kontaktowy

e-mail

Która ciąża

Tydzień ciąży

Data pobrania próbki

Ciąża pojedyncza bliźniacza

(w przypadku ciąży bliźniaczej należy dostać dokument potwierdzający rodzaj ciąży)

Rodzaj próbki (np. materiał w soli fizjologicznej, bloczek parafinowy)

Miejsce pobrania próbki

Lekarz kierujący

Wykonywane badanie:

Identyfikacja płci w materiale z poronienia
(badanie chromosomów X i Y)

Cena: 487 zł

Czas realizacji:

- 1) sól fizjologiczna 3-4 dni robocze
- 2) bloczek parafinowy 4-5 dni robocze
(od momentu dotarcia próbki do laboratorium)

II. Dane do płatności

Płatność należy uiścić w dniu odesłania próbki.
Konto bankowe nr: **16 1140 2017 0000 4602 1308 1295**
testDNA Laboratorium Sp. z o.o.
W tytule płatności należy podać imię i nazwisko pacjentki

III. Informacje o wyniku

Proszę zaznaczyć sposób przekazania wyniku
(można wybrać kilka opcji):

Listownie (proszę podać adres jeśli jest inny niż adres zamieszkania)
(do ceny badania należy doliczyć +15 zł

Dyskretne (bez pieczętki laboratorium)

E-mailem:

Telefonicznie

UWAGA: Jeśli chcę Państwo uzyskać informację o wyniku e-mailem lub telefonicznie konieczne jest wpisanie ustalonego przez siebie hasła bezpieczeństwa. Hasło służy do potwierdzenia tożsamości.

Hasło bezpieczeństwa

IV. Co zrobić z próbką po badaniu?

Wyrażam zgodę na utylizację próbek w procedurze laboratoryjnej

Odesłać próbkę na adres korespondencji
Próbka odsyłana jest firmą kurierską UPS. Laboratorium testDNA nie ponosi odpowiedzialności za transport próbki.

Odesłać próbkę do szpitala (podać piętro, nazwę oddziału zakładu, imię i nazwisko odbiorcy w szpitalu)

WAŻNE!

W przypadku nie zaznaczenia żadnej z powyższych opcji lub nieodebrania próbki, materiał zostanie zutyliczowany po trzech miesiącach od zakończenia analiz.

Deklaracja świadomej zgody na badania genetyczne

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań genetycznych materiału z poronienia/ciąży obumarłej w celu ustalenia płci lub badania chorób genetycznych płodu jako przyczyny poronienia z identyfikacją płci. Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y, iż nie jest wykluczone, że próbka opisana jako materiał poronny może zawierać tkanki matki. testDNA Laboratorium Sp. z o.o. nie ponosi odpowiedzialności za pobór materiału.

Data

Podpis

Powyższe dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji złożonego zamówienia na podstawie art.23 ustępow. 1 punkt 3 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz.926 z późn. zm.) przez testDNA Laboratorium Sp. z o.o. z siedzibą w Katowicach przy ul. Słonecznej 4, KRS: 0000485925, NIP: 634-282-27-48, REGON: 243413225. Osobie podającej dane przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Data

Podpis

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Uwaga! Do realizacji badania wymagany jest podpis pacjenta w 3 miejscach

Oznaczenie podmiotu/przedsiębiorstwa podmiotu:
TestDNA Laboratorium Sp. z o.o.
Laboratorium Diagnostyki Molekularnej testDNA
ul. F.Bocheńskiego 38a
40-859 Katowice
000000169696

Dane identyfikujące jednostkę organizacyjną:
Laboratorium Diagnostyki Molekularnej testDNA - 01

Dane identyfikujące komórkę organizacyjną:
Pracownia diagnostyki laboratoryjnej - 001

PACJENT

Nazwisko i Imię

Data urodzenia PESEL (W przypadku noworodka - PESEL matki a w przypadku braku seria i numer dok. stwierdzającego tożsamość)

OŚWIADCZENIE 1

UPOWAŻNIAM DO INFORMOWANIA O MOIM STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH PRZEZ PODMIOT LECZNICZY W/W PODMIOT LECZNICZY

- A) Osobę*: Imię i nazwisko PESEL
Adres Telefon
- B) Organizację*
- C) Nikogo nie upoważniam *

***Niepotrzebne skreślić**


.....
Data i podpis

OŚWIADCZENIE 2

UPOWAŻNIAM DO UZYSKIWANIA MOJEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Z W/W PODMIOTU LECZNICZEGO

- A) Osobę*: Imię i nazwisko PESEL
Adres Telefon
- B) Organizację*
- C) Nikogo nie upoważniam *

***Niepotrzebne skreślić**


.....
Data i podpis

OŚWIADCZENIE 3

OŚWIADCZAM, ŻE WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEPROWADZENIE BADAŃ LUB UDZIELANIE INNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, NA ZASADACH OKREŚLONYCH W ROZDZIALE 5 USTAWY Z DN. 6/11/2008R. O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA PRZEZ W/W PODMIOT LECZNICZY

***Niepotrzebne skreślić**


.....
Data i podpis

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przy zachowaniu przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r.w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119) w związku z realizacją zlecenia w celu rejestracji i wydania wyników wykonanych badań molekularnych. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do przetworzenia zamówienia. Zostałem /am poinformowany /a, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawiania. Administratorem danych osobowych jest testDNA Laboratorium Sp. z o.o. NIP: 634-282-27-48.

.....

data, podpis Pacjenta / Zleceniodawcy