

FORMULARZ ZLECENIA TESTU OJCOSTWA

(Badanie z danymi osobowymi) ORYGINAŁ DLA LABORATORIUM

Numer zlecenia:

Wypełnia laboratorium

Data i godzina przyjęcia

materiału do laboratorium:

DANE OSOBY ZLECAJĄCEJ

IMIĘ I NAZWISKO ZLECENIODAWCY*:

PESEL:

Adres:

Telefon*:

DANE OSÓB BADANYCH

DOMNIEMANY OJCIEC

IMIĘ*:

NAZWISKO*:

PESEL / Data urodzenia:

Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału*:

KREW WYMAZ

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania.



podpis domniemanego ojca

DZIECKO

IMIĘ*:

NAZWISKO*:

PESEL / Data urodzenia:

Płeć*: K M

Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału*:

KREW WYMAZ

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania/ Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.



podpis prawnego opiekuna lub pełnoletniego dziecka*

DZIECKO 2

IMIĘ***:

NAZWISKO***:

PESEL / Data urodzenia:

Płeć***: K M

Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału**:

KREW WYMAZ

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania/ Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.



podpis prawnego opiekuna lub pełnoletniego dziecka

REZERWA

IMIĘ***:

NAZWISKO***:

PESEL / Data urodzenia:

Płeć***: K M

Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału**:

KREW WYMAZ

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania/ Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.



podpis

W JAKI SPOSÓB MAMY PRZEKAZAĆ WYNIK?* (można wybrać obie opcje)

1. ONLINE:

Uwaga! Jeśli chcą Państwo mieć dostęp do informacji o zleconym badaniu oraz uzyskać wynik on-line w panelu <https://klient.centrumdna.pl>, konieczne jest wpisanie numeru telefonu, adresu e-mail oraz hasła bezpieczeństwa.

TELEFON

E-MAIL

HASŁO BEZPIECZEŃSTWA (wymyśl i zapamiętaj)

2. WYSYŁKOWO: Dyskretnie (bez pieczętki laboratorium): Tak Nie

list polecony kurier/paczkomat (dotyczy przesyłki krajowej)

IMIĘ I NAZWISKO:

ADRES:

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH:

Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji złożonego zamówienia, na podstawie art. 23 ustęp 1. punkt 1) oraz art. 23 ustęp 1. punkt 3) ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn.zm.), przez to TESTDNA Sp. z o.o. Sp. k. z siedzibą w Katowicach przy ul. Bocheńskiego 38 A, zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla Katowice-Wschód w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000836540, NIP: 6342822748, Regon: 385909930. Osobie podającej dane przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania

Dane osobowe będą przetwarzane 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 Sp. z o.o. Sp. k. NIP: 634-282-27-48


OŚWIADCZENIE ZLECENIODAWCY BADANIA

Ja, niżej podpisany/a świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań oraz cywilnej za wyrządzoną szkodę, oświadczam iż:

- Jest mi znany typ zamawianego badania, jego warunki, cena, termin realizacji oraz metoda badawcza.
- Załączone próbki krwi / wymazy, pobrane w celu izolacji DNA i wykonania badań molekularnych mających na celu analizę pokrewieństwa, zostały pobrane:
 - od osób pełnoletnich - za ich wiedzą i zgodą;
 - niepełnoletniego dziecka - za zgodą jego matki / prawnego opiekuna.
- Matka dziecka nie jest biologicznie spokrewniona z domniemanym ojcem. Rozważani potencjalni ojcowie nie są krewnymi pierwszego lub drugiego stopnia.
- Zostałem poinformowany o tym, że:
 - Wyizolowane DNA będzie przechowywane do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach. Istnieje jednak ryzyko jego degradacji (proces naturalny). W sytuacji, gdy laboratorium nie jest w stanie wydać informatywnego wyniku może zaistnieć konieczność włączenia do badania dodatkowych próbek.
 - W niektórych przypadkach wynik może być niejednoznacznie lub niewłaściwie zinterpretowany np. gdy: pokrewieństwo pomiędzy członkami danej rodziny jest inne niż deklarowane lub wykonano transfuzję krwi w ciągu dwóch miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych.
- Jeżeli w okresie od pobrania materiału do badań do momentu wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia przed wydaniem wyniku, konieczne będzie podpisanie formularza "Deklaracja świadomej zgody".
- Materiał genetyczny przesyłany łącznie z danymi osobowymi stanowi daną osobową. Stąd też, w przypadku podania danych osobowych osoby, która nie wyrazi zgody na ich przetwarzanie, zarówno dane osobowe jak i przesyłany materiał genetyczny będą musiały być odesłane lub zniszczone.
- Jestem świadomy, że wynik badania, którego przeprowadzenie niniejszym zlecem, nie ma wartości dowodowej w postępowaniu sądowym.
- Mam prawo do uczestnictwa w badaniach jako obserwator.
- Mam prawo do złożenia skargi i/lub rezygnacji.
- Mam prawo do wglądu do dokumentacji dotyczącej zapewnienia jakości badań i pomiarów w stosunku do metod, które miały zastosowanie przy realizacji zlecenia.
- Materiał niewykorzystany do badań przechowywany jest przez trzy miesiące od czasu zakończenia zlecenia i wydania sprawozdania. Po tym okresie oddawany jest do utylizacji.
- Jestem świadomy/a, że na wniosek organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości laboratorium ma obowiązek udostępnić dokumentację danego zlecenia.

* pola wymagane

** pola wymagane w sytuacji, kiedy w badaniu bierze udział dodatkowa osoba



Data i czytelny podpis osoby zlecającej badanie*

FORMULARZ ZLECENIA TESTU OJCOSTWA

(Badanie z danymi osobowymi) KOPIA DLA KLIENTA

Numer zlecenia:
Wypełnia laboratorium

Data i godzina przyjęcia
materiału do laboratorium:

DANE OSOBY ZLECAJĄCEJ

IMIĘ I NAZWISKO ZLECENIODAWCY*:

PESEL:

Adres:

Telefon*:

DANE OSÓB BADANYCH

DOMNIEMANY OJCIEC

IMIĘ*:

NAZWISKO*:

PESEL / Data urodzenia:

Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału*:

KREW WYMAZ

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania.



podpis domniemanego ojca

DZIECKO

IMIĘ*:

NAZWISKO*:

PESEL / Data urodzenia:

Płeć*: K M
Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału*:

KREW WYMAZ

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania/ Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.



podpis prawnego opiekuna lub pełnoletniego dziecka*

DZIECKO 2

IMIĘ***:

NAZWISKO***:

PESEL / Data urodzenia:

Płeć***: K M
Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału**:

KREW WYMAZ

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania/ Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.



podpis prawnego opiekuna lub pełnoletniego dziecka

REZERWA

IMIĘ***:

NAZWISKO***:

PESEL / Data urodzenia:

Płeć***: K M
Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału**:

KREW WYMAZ

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania/ Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.



podpis

W JAKI SPOSÓB MAMY PRZEKAZAĆ WYNIK?* (można wybrać obie opcje)

1. ONLINE:

Uwaga! Jeśli chcą Państwo mieć dostęp do informacji o zleconym badaniu oraz uzyskać wynik on-line w panelu <https://klient.centrumdna.pl>, konieczne jest wpisanie numeru telefonu, adresu e-mail oraz hasła bezpieczeństwa.

TELEFON

E-MAIL

HASŁO BEZPIECZEŃSTWA (wymyśl i zapamiętaj)

2. WYSYŁKOWO: Dyskretnie (bez pieczętki laboratorium): Tak Nie

list polecony kurier/paczkomat (dotyczy przesyłki krajowej)

IMIĘ I NAZWISKO:

ADRES:

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH:

Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji złożonego zamówienia, na podstawie art. 23 ustęp 1. punkt 1) oraz art. 23 ustęp 1. punkt 3) ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn.zm.), przez to TESTDNA Sp. z o.o. Sp. k. z siedzibą w Katowicach przy ul. Bocheńskiego 38 A, zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla Katowice-Wschód w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000836540, NIP: 6342822748, Regon: 385909930. Osobie podającej dane przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania

Dane osobowe będą przetwarzane 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 Sp. z o.o. Sp. k. NIP: 634-282-27-48

OŚWIADCZENIE ZLECENIODAWCY BADANIA

Ja, niżej podpisany/a świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań oraz cywilnej za wyrządzoną szkodę, oświadczam iż:

- Jest mi znany typ zamawianego badania, jego warunki, cena, termin realizacji oraz metoda badawcza.
- Załączone próbki krwi / wymazy, pobrane w celu izolacji DNA i wykonania badań molekularnych mających na celu analizę pokrewieństwa, zostały pobrane:
 - od osób pełnoletnich - za ich wiedzą i zgodą;
 - niepełnoletniego dziecka - za zgodą jego matki / prawnego opiekuna.
- Matka dziecka nie jest biologicznie spokrewniona z domniemanym ojcem. Rozważani potencjalni ojcowie nie są krewnymi pierwszego lub drugiego stopnia.
- Zostałem poinformowany o tym, że:
 - Wyizolowane DNA będzie przechowywane do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach. Istnieje jednak ryzyko jego degradacji (proces naturalny). W sytuacji, gdy laboratorium nie jest w stanie wydać informatywnego wyniku może zaistnieć konieczność włączenia do badania dodatkowych próbek.
 - W niektórych przypadkach wynik może być niejednoznacznie lub niewłaściwie zinterpretowany np. gdy: pokrewieństwo pomiędzy członkami danej rodziny jest inne niż deklarowane lub wykonano transfuzję krwi w ciągu dwóch miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych.
- Jeżeli w okresie od pobrania materiału do badań do momentu wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia przed wydaniem wyniku, konieczne będzie podpisanie formularza "Deklaracja świadomej zgody".
- Materiał genetyczny przesyłany łącznie z danymi osobowymi stanowi daną osobową. Stąd też, w przypadku podania danych osobowych osoby, która nie wyrazi zgody na ich przetwarzanie, zarówno dane osobowe jak i przesłany materiał genetyczny będą musiały być odesłane lub zniszczone.
- Jestem świadomy, że wynik badania, którego przeprowadzenie niniejszym zlecem, nie ma wartości dowodowej w postępowaniu sądowym.
- Mam prawo do uczestnictwa w badaniach jako obserwator.
- Mam prawo do złożenia skargi i/lub rezygnacji.
- Mam prawo do wglądu do dokumentacji dotyczącej zapewnienia jakości badań i pomiarów w stosunku do metod, które miały zastosowanie przy realizacji zlecenia.
- Materiał niewykorzystany do badań przechowywany jest przez trzy miesiące od czasu zakończenia zlecenia i wydania sprawozdania. Po tym okresie oddawany jest do utylizacji.
- Jestem świadomy/a, że na wniosek organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości laboratorium ma obowiązek udostępnić dokumentację danego zlecenia.

* pola wymagane

** pola wymagane w sytuacji, kiedy w badaniu bierze udział dodatkowa osoba

Data i czytelny podpis osoby zlecającej badanie*