

Imię i nazwisko os. zamawiającej:
PESEL:
Adres:
Telefon/Email:

Numer zlecenia:
Wypełnia laboratorium
Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium:

DOMNIEMANY OJCIEC	DZIECKO	MATKA	REZERWA
<p>IMIĘ: <input type="text"/></p> <p>NAZWISKO: <input type="text"/></p> <p>PESEL: <input type="text"/></p> <p>Data urodzenia: <input type="text"/></p> <p>Data pobrania materiału: <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ <input type="checkbox"/> MIKROŚLAD</p> <p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>podpis</p>	<p>IMIĘ: <input type="text"/></p> <p>NAZWISKO: <input type="text"/></p> <p>PESEL: <input type="text"/></p> <p>Data urodzenia: <input type="text"/></p> <p>Płeć: <input type="checkbox"/> KOBIECIA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA</p> <p>Data pobrania materiału: <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ <input type="checkbox"/> MIKROŚLAD</p> <p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia badania. Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>podpis prawnego opiekuna lub pełnoletniego dziecka</p>	<p>IMIĘ: <input type="text"/></p> <p>NAZWISKO: <input type="text"/></p> <p>PESEL: <input type="text"/></p> <p>Data urodzenia: <input type="text"/></p> <p>Płeć: <input type="checkbox"/> KOBIECIA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA</p> <p>Data pobrania materiału: <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ <input type="checkbox"/> MIKROŚLAD</p> <p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>podpis</p>	<p>IMIĘ: <input type="text"/></p> <p>NAZWISKO: <input type="text"/></p> <p>PESEL: <input type="text"/></p> <p>Data urodzenia: <input type="text"/></p> <p>Płeć: <input type="checkbox"/> KOBIECIA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA</p> <p>Data pobrania materiału: <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ <input type="checkbox"/> MIKROŚLAD</p> <p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia badania. Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>podpis</p>

INFORMACJA O WYNIKU

Zamawiający oświadcza, że chciałby, aby wynik został mu przekazany w następujący sposób (można wybrać kilka opcji):

LISTOWNIE

Adres do korespondencji:

IMIĘ I NAZWISKO:

ADRES:

Dyskretne (bez pieczętki laboratorium na kopercie)

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

E-mailem:

Telefonicznie

Hasło bezpieczeństwa:

OŚWIADCZENIE ZAMAWIAJĄCEGO BADANIE

Jest mi znany typ zamawianego badania, jego warunki oraz cena.

Matka dziecka nie jest biologicznie spokrewniona z domniemanym ojcem. Rozważani potencjalni ojcowie nie są krewnymi pierwszego lub drugiego stopnia.

Zgadzam się na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, pozycja 833). Zastrzegam, że te informacje mogą być wykorzystane wyłącznie w celu zrealizowania zamawianej przeze mnie usługi.

Zostałem poinformowany o tym, że:

- Wyizolowane DNA będzie przechowywane do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach. Istnieje jednak ryzyko jego degradacji (proces naturalny), dlatego może zaistnieć konieczność ponownego pobrania materiału.
- W sytuacji, gdy laboratorium (z przyczyn niezależnych) 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.
 - Wykonano transfuzję krwi w ciągu dwóch miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych.
- Jeśli 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".
- Uzyskałem zgodę matki/prawnego opiekuna dziecka na użycie pobranego wymazu/krwii/inne w celu izolacji DNA i wykonania badań molekularnych mających na celu analizę pokrewieństwa.
- Dane osobowe, co do których nie została wyrażona prawidłowo zgoda na ich przetwarzanie, nie zostaną uwzględnione w procesie badania.
- Jestem świadomy, że wynik badania nie ma wartości dowodowej w postępowaniu sądowym. Oświadczam, że załączone próbki od osób pełnoletnich zostały pobrane za ich zgodą i wiedzą, a od osób niepełnoletnich za zgodą ich prawnych opiekunów.

Ja, niżej podpisany/a świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań: oświadczam i potwierdzam zgodność i autentyczność złożonego powyżej oświadczenia.

Uwaga: Podpis we wszystkich polach zaznaczonych na żółto jest wymagany

Data i czytelny podpis osoby zamawiającej badanie

Imię i nazwisko os. zamawiającej:
PESEL:
Adres:
Telefon/Email:

Numer zlecenia:
Wypełnia laboratorium
Data i godzina przyjęcia
materiału do laboratorium:

DOMNIEMANY OJCIEC	DZIECKO	MATKA	REZERWA
IMIĘ: <input type="text"/> NAZWISKO: <input type="text"/> PESEL: <input type="text"/> Data urodzenia: <input type="text"/> Data pobrania materiału: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ <input type="checkbox"/> MIKROŚLAD Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania. <input checked="" type="checkbox"/>	IMIĘ: <input type="text"/> NAZWISKO: <input type="text"/> PESEL: <input type="text"/> Data urodzenia: <input type="text"/> Płeć: <input type="checkbox"/> KOBIECIA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA Data pobrania materiału: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ <input type="checkbox"/> MIKROŚLAD Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia badania. Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych. <input checked="" type="checkbox"/>	IMIĘ: <input type="text"/> NAZWISKO: <input type="text"/> PESEL: <input type="text"/> Data urodzenia: <input type="text"/> Płeć: <input type="checkbox"/> KOBIECIA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA Data pobrania materiału: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ <input type="checkbox"/> MIKROŚLAD Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania. <input checked="" type="checkbox"/>	IMIĘ: <input type="text"/> NAZWISKO: <input type="text"/> PESEL: <input type="text"/> Data urodzenia: <input type="text"/> Płeć: <input type="checkbox"/> KOBIECIA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA Data pobrania materiału: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ <input type="checkbox"/> MIKROŚLAD Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia badania. Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych. <input checked="" type="checkbox"/>
podpis	podpis prawnego opiekuna lub pełnoletniego dziecka	podpis	podpis

INFORMACJA O WYNIKU

Zamawiający oświadcza, że chciałby, aby wynik został mu przekazany w następujący sposób (można wybrać kilka opcji):

LISTOWNIE

Adres do korespondencji:

IMIĘ I NAZWISKO:

ADRES:

Dyskretne (bez pieczętki laboratorium na kopercie)

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

E-mailem:

Telefonicznie

Hasło bezpieczeństwa:

OŚWIADCZENIE ZAMAWIAJĄCEGO BADANIE

Jest mi znany typ zamawianego badania, jego warunki oraz cena.

Matka dziecka nie jest biologicznie spokrewniona z domniemanym ojcem. Rozważani potencjalni ojcowie nie są krewnymi pierwszego lub drugiego stopnia.

Zgadzam się na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, pozycja 833). Zastrzegam, że te informacje mogą być wykorzystane wyłącznie w celu zrealizowania zamawianej przeze mnie usługi.

Zostałem poinformowany o tym, że:

- Wyizolowane DNA będzie przechowywane do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach. Istnieje jednak ryzyko jego degradacji (proces naturalny), dlatego może zaistnieć konieczność ponownego pobrania materiału.
- W sytuacji, gdy laboratorium (z przyczyn niezależnych) 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.
 - Wykonano transfuzję krwi w ciągu dwóch miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych.
- Jeśli 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".
- Uzyskałem zgodę matki/prawnego opiekuna dziecka na użycie pobranego wymazu/krwii/inne w celu izolacji DNA i wykonania badań molekularnych mających na celu analizę pokrewieństwa.
- Dane osobowe, co do których nie została wyrażona prawidłowo zgoda na ich przetwarzanie, nie zostaną uwzględnione w procesie badania.
- Jestem świadomy, że wynik badania nie ma wartości dowodowej w postępowaniu sądowym. Oświadczam, że załączone próbki od osób pełnoletnich zostały pobrane za ich zgodą i wiedzą, a od osób niepełnoletnich za zgodą ich prawnych opiekunów.

Ja, niżej podpisany/a świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań: oświadczam i potwierdzam zgodność i autentyczność złożonego powyżej oświadczenia.

Uwaga: Podpis we wszystkich polach zaznaczonych na żółto jest wymagany

Data i czytelny podpis osoby zamawiającej badanie