

FORMULARZ ZAMÓWIENIA BADANIA Z DANYMI OSOBOWYMI

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*: _____

☐ WYMAZ ☐ KREW

Czy pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku/transfuzję krwi* ☐ TAK ☐ NIE

DZIECKO:

IMIĘ*: _____

NAZWISKO*: _____

PESEL / Data urodzenia: _____

Płeć*: ☐ KOBIETA ☐ MĘŻCZYZNA

Data pobrania materiału: _____

Rodzaj materiału*: _____

☐ WYMAZ ☐ KREW

Czy pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku/transfuzję krwi* ☐ TAK ☐ NIE

DZIECKO 2:

IMIĘ*: _____

NAZWISKO*: _____

PESEL / Data urodzenia: _____

Płeć*: ☐ KOBIETA ☐ MĘŻCZYZNA

Data pobrania materiału: _____

Rodzaj materiału*: _____

☐ WYMAZ ☐ KREW

Czy pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku/transfuzję krwi* ☐ TAK ☐ NIE

MATKA:

IMIĘ*: _____

NAZWISKO*: _____

PESEL / Data urodzenia: _____

Data pobrania materiału: _____

Rodzaj materiału*: _____

☐ WYMAZ ☐ KREW

Czy pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku/transfuzję krwi* ☐ TAK ☐ NIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO dołączoną do zamówienia oraz kwituję jej otrzymanie.

✓
podpis domniemanego ojca*

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO dołączoną do zamówienia oraz kwituję jej otrzymanie. Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.

✓
podpis prawnego opiekuna lub pełnoletniego dziecka*

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO dołączoną do zamówienia oraz kwituję jej otrzymanie. Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.

✓
podpis prawnego opiekuna lub pełnoletniego dziecka**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO dołączoną do zamówienia oraz kwituję jej otrzymanie.

✓
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.testdna.pl>, konieczne jest wpisanie numeru telefonu, adresu e-mail oraz hasła bezpieczeństwa.

TELEFON

E-MAIL

HASŁO BEZPIECZEŃSTWA (wymyśl i zapamiętaj)

2. WYSŁĄKOWO: Dyskretnie (bez pieczętki) ☐ Tak ☐ Nie

Rodzaj wysyłki: ☐ list polecony ☐ kurier (dotyczy przesyłki krajowej) ☐ odbiór osobisty w placówce

Adres do nadania wyniku I:

IMIĘ I NAZWISKO

ULICA I NUMER DOMU

KOD POCZTOWY

MIASTO

Adres do nadania wyniku II (opcjonalnie):

IMIĘ I NAZWISKO

ULICA I NUMER DOMU

KOD POCZTOWY

MIASTO

OŚWIADCZENIE ZLECENIODAWCY BADANIA:

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

1. Jest mi znany typ zamawianego badania, jego warunki, cena, termin realizacji oraz metoda badawcza (Procedura Badawcza PB-01 „Ustalenie ocostwa na podstawie analizy DNA z zastosowaniem multiplexowej amplifikacji polimorficznych loci STR”, wydanie 11 z dnia 06.06.2022, pobór próbek nie jest objęty zakresem akredytacji).
2. Matka dziecka nie jest biologicznie spokrewniona z domniemanym ojcem, a rozważani potencjalni ojcowie nie są krewnymi pierwszego lub drugiego stopnia.
3. Zleceniodawca badania jest osobą pełnoletnią.

Jednocześnie zobowiązuje się do uregulowania opłaty w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze od dnia złożenia niniejszego zamówienia oraz przyjmuję do wiadomości, że testDNA Sp. z o.o. Sp. k. uprawniona jest do wstrzymania się z realizacją badania do dnia uregulowania ceny.

Zostałem/am poinformowany/a o tym, że:

1. W sytuacji, gdy laboratorium (z przyczyn niezależnych) nie jest w stanie wydać informatywnego wyniku, może zaistnieć konieczność włączenia do badania dodatkowych próbek.
2. W niektórych przypadkach wynik może być niejednoznacznie lub niewłaściwie zinterpretowany np. gdy: 3.1 Pokrewieństwo pomiędzy członkami danej rodziny jest inne niż deklarowane. 3.2 Wykonano transfuzję krwi lub przeszczep szpiku kostnego w ciągu dwóch miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych.

3. 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".
4. Uzyskałem/am zgodę matki/prawnego opiekuna dziecka na użycie pobranego wymazu/krwii/inne w celu izolacji DNA i wykonania badań molekularnych mających na celu analizę pokrewieństwa.
5. Dane osobowe, co do których nie została wyrażona prawidłowo zgoda na ich przetwarzanie, nie zostaną uwzględnione w procesie badania.
6. Jestem świadomy/a, 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
7. Mam prawo do uczestnictwa w badaniach jako obserwator.
8. Mam prawo do złożenia skargi i/lub rezygnacji.
9. Mam prawo do wglądu do dokumentacji dotyczącej zapewnienia jakości badań i pomiarów w stosunku do metod, które miały zastosowanie przy realizacji zlecenia.
10. Materiał niewykorzystany do badań przechowywany jest przez trzy miesiące od czasu zakończenia zlecenia i wydania sprawozdania. Po tym okresie oddawany jest do utylizacji. Lizał DNA przechowuje się do 1 roku po czym utylizuje.
11. Jestem świadomy/a, że na wniosek organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości laboratorium ma obowiązek udostępnić dokumentację danego zlecenia.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO dołączoną do zamówienia oraz kwituję jej otrzymanie.

Uwaga: Podpis we wszystkich polach zaznaczonych na żółto jest wymagany

* pola wymagane

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

✓
Data i czytelny podpis osoby zlecającej badanie*