

Dane prawnego opiekuna

(wypełnić TYLKO, jeśli osoba kierowana na badanie jest niepełnoletnia/ ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody)

Nazwisko i imię prawnego opiekuna:

Adres:

PESEL lub nazwa, seria i nr dokumentu:

Data urodzenia:

Dane Pacjenta

Nazwisko i imię osoby badanej*:

PESEL lub nazwa, seria i nr dokumentu*:

Data urodzenia*:

Adres zamieszkania*:

Płeć*:

 Kobieta Mężczyzna

Data i godzina pobrania próbki*:

Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał

Podpis osoby pobierającej materiał

Rodzaj próbki*:

 Wymaz Krew

U Pacjenta wykonano*:

 Przeszczep szpiku
 Transfuzja w ostatnich 3 miesiącach

Wstępne rozpoznanie choroby (kod ORPHA lub HPO lub opis)

Pochodzenie etniczne* (dla narodowości polskiej: kaukaska):

 Kaukaska Azjatycka Latynoska Afroamerykańska Inna: _____

Data skierowania na badanie, jeśli jest z zalecenia lekarza

Czy wykonywał(a) Pan/Pani wcześniej badania genetyczne? Jeśli tak, proszę podać jakie to były badania i jakie były wyniki:

Dane placówki zlecającej

(wypełnić TYLKO, jeśli badanie zleca placówka partnerska)

Nazwa, adres placówki

Kod placówki:

Dane niezbędne do pobrania wyniku

Wynik będzie dostępny online w Panelu Pacjenta. Adres email to login, a hasło otrzymasz SMS-em. Dostęp będzie możliwy po dotarciu próbek do laboratorium (zazwyczaj jest to do 48h od wizyty w placówce/ odestaniu próbek), o czym zostaniesz poinformowany e-mailem/SMS.

Adres e-mail*:

Numer telefonu*:

Imię i nazwisko lekarza zlecającego badanie:

Tytuł zawodowy, specjalizacja, nr prawa wykonywania zawodu lekarza zlecającego:

Dane do kontaktu z lekarzem zlecającym (e-mail / telefon)

Rodzaj zlecanego badania (badania wykonywane są odpłatnie)*:

- KIR
- HLA-C
- Hemochromatoza
- Celiakia
- Nietolerancja laktozy
- Trombofilia STANDARD (zakres - badanie mutacji: czynnika V Leiden, genu protrombiny, PAI-1/SERPINE1, VR2, warianty C677T i A1298C genu MTHFR)
- Kariotyp
- Immunofenotyp
- AZF/CFTR/ANXA5
- CFTR 2 mutacje
- CFTR 36 mutacji
- Colotect
- OnkoPuls
- Nifty PRO
- WES Premium
- WES Standard
- Konsultacja z lekarzem genetykiem (pełnopłatna)
- Inne: _____

Pojedyncze mutacje trombofilii:

- Czynniki V Leiden
- Mutacja genu protrombiny
- PAI-1 / SERPINE 1
- V R2
- Wariant C677T i A1298C genu MTHFR

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru wyniku

Data i podpis pełnoletniego Pacjenta/prawnego opiekuna*

Data i podpis Pacjenta w wieku 16-18 lat

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA MOLEKULARNEGO

1. Pobrany materiał zostanie użyty w celu izolacji DNA oraz wykonania diagnostyki: weryfikacja rozpoznania klinicznego, określenie predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę genetyczną lub przeprowadzenie diagnostyki przedobjawowej.
2. Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego w sytuacjach, gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium.
3. Jeśli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki molekularnej, a datą wydania wyniku Pacjent niepełnoletni ukończy 16 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza Deklaracja Świadomej Zgody na wykonanie badania molekularnego.
4. 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.
5. Oświadczam, że jest mi znany regulamin oraz zobowiązuję się do terminowej płatności za badanie.
6. Wynik badania genetycznego powinien zostać skonsultowany przez lekarza w ramach porady genetycznej lub specjalistycznej.
7. Pobrany materiał będzie przechowywany w laboratorium w odpowiednich warunkach do czasu wydania wyniku i zostanie zutytylizowany zgodnie z obowiązującymi procedurami.
8. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez lekarza zlecającego o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania w tym o jego celu, rodzaju i zakresie lub świadomie zrezygnowałem/am z zasięgnięcia, przed wyrażeniem świadomej zgody, uzyskania od lekarza informacji zgodnie z art.9 ustawy z dnia 6.11.2008 z późn.zm. o prawach Pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta.
9. Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zapoznałem/am się z procedurami dotyczącymi zlecenia badania genetycznego, transportu, przyjmowania, rejestrowania i przechowywania materiału biologicznego oraz wydawania sprawozdania z badania genetycznego dostępnymi na stronie www.testdna.pl.

Data i podpis pełnoletniego Pacjenta/prawnego opiekuna*

Data i podpis Pacjenta w wieku 16-18 lat

Czy chcesz otrzymywać kody rabatowe oraz aktualne informacje o badaniach za pośrednictwem e-maila lub SMS-a? Zaznacz poniższe zgody i bądź na bieżąco!

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie drogą elektroniczną na wskazany przeze mnie adres e-mail informacji handlowej w rozumieniu art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną w szczególności ofert badań wykonywanych przez TESTDNA sp. z o.o.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie telefonicznych połączeń przychodzących inicjowanych przez TESTDNA sp. z o.o. w celach handlowych i marketingowych zgodnie z art. 172 ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. prawo telekomunikacyjne

Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie próbki materiału genetycznego oraz danych klinicznych do celów edukacyjnych i badań naukowych oraz jako kontroli wewnętrznej w badaniach diagnostycznych*:

- Tak
- Nie

Oznaczenie podmiotu/przedsiębiorstwa podmiotu:
TESTDNA Sp. z o.o. NIP: 6342822748
Laboratorium Diagnostyki Molekularnej testDNA
ul. F. Bocheńskiego 38 A
40-859 Katowice
KRS: 0001091570

Dane identyfikujące jednostkę organizacyjną:
Laboratorium Diagnostyki Molekularnej testDNA - 01

Dane identyfikujące komórkę organizacyjną:
Pracownia diagnostyki laboratoryjnej - 001

PACJENT

Nazwisko i imię

Data urodzenia

PESEL

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ

Oświadczam, że (wymagane właściwie zaznaczenie i podpis):

upoważniam do informowania o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych przez w/w podmiot leczniczy

(Imię i nazwisko)

(nr PESEL lub data urodzenia)

(adres, numer telefonu, e-mail itp.)

Organizację (nazwa, adres, adres e-mail)

nie upoważniam żadnej osoby/organizacji do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Oświadczam, że (wymagane właściwie zaznaczenie i podpis):

upoważniam do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej z w/w podmiotu leczniczego

(Imię i nazwisko)

(nr PESEL lub data urodzenia)

(adres, numer telefonu, e-mail itp.)

Organizację (nazwa, adres, adres e-mail)

nie upoważniam żadnej osoby/organizacji do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Data i podpis

Podpis dotyczy wszystkich powyższych Oświadczeń

Pole wymagane do podpisu, niezależnie czy się kogoś upoważnia, czy też nie

Powyższe oświadczenie dotyczy również konsultacji lekarskiej