



FORMULARZ ZLECENIA BADANIA

Wypełnia zleceniodawca (dokładne wypełnienie formularza jest niezbędne do przyjęcia zlecenia)

Uwaga: do zlecenia prosimy dołączyć wypełniony i podpisany przez chorego lub opiekuna (w przypadku osoby niepełnoletniej lub całkowicie ubezwłasnowolnionej) formularz świadomej zgody na wykonanie badań genetycznych

Dane pacjenta	Dane jednostki kierującej												
<p>Imię:</p> <p>Nazwisko:</p> <p>Data urodzenia:</p> <table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Dzień</th><th colspan="2">Miesiąc</th><th colspan="2">Rok</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> <p>PESEL:</p> <p>W przypadku braku numeru PESEL: seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość</p> <p>Adres kontaktowy:</p> <p>Adres e-mail:</p> <p>Telefon:</p>	Dzień		Miesiąc		Rok								<p>Ośrodek kierujący (czytelna pieczęć lub pełna nazwa, adres, telefon)</p> <p>NIP:</p> <p>Telefon kontaktowy:</p> <p>Informacje o materiale do badań</p> <p>RODZAJ MATERIAŁU (wybrać właściwy)</p> <p><input type="checkbox"/> krew żylna <input type="checkbox"/> surowica <input type="checkbox"/> mocz <input type="checkbox"/> kał</p> <p><input type="checkbox"/> cytologia płynna¹ <input type="checkbox"/> wymaz z cewki moczowej</p> <p><input type="checkbox"/> wymaz z szyjki macicy² <input type="checkbox"/> wymaz z prącia</p> <p><input type="checkbox"/> wymaz z jamy ustnej</p> <p>inny</p> <p><i>UWAGA: wszystkie zebrane próbki należy uznać za potencjalnie zakaźne</i></p> <p>Data i godzina pobrania materiału</p> <p>Czytelny podpis osoby pobierającej materiał do badań:</p>
Dzień		Miesiąc		Rok									
ZLECANE BADANIE													
..... (wpisać kod lub nazwę badania)													
<p>INFORMACJE O TRANSFUZJI KRWI*</p> <p>Nie/ Tak (właściwe podkreślić) Jeśli tak to kiedy?</p> <p>* badanie genetyczne można wykonać po okresie 3 miesięcy od daty ostatniej transfuzji, w przeciwnym razie istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku diagnostycznego</p> <p>Aktualne rozpoznanie lub podejrzenie choroby</p> <p>Wywiad rodzinny, informacje o chorobach genetycznych w rodzinie:</p> <p>¹ Uwagi dotyczące cytologii: OM</p> <p>² Opis tarczy szyjki macicy:</p>													
Sposób odbioru wyniku	Informacje do faktury												
<p><input type="checkbox"/> Odbiór wyniku w wersji elektronicznej</p> <p><input type="checkbox"/> Odbiór osobisty w laboratorium</p> <p><input type="checkbox"/> Przesłanie wyniku w postaci papierowej</p> <p>Wynik zwyczajowo wysyłany jest do jednostki kierującej. W innym przypadku proszę o podanie właściwych danych adresowych:</p>	<p>jeśli inne niż jednostki kierującej na badanie</p> <p>Nazwisko i imię/ nazwa jednostki kierującej (czytelna pieczęć lub pełna nazwa, adres, telefon)</p> <p>NIP:</p>												

Oświadczenia pacjenta:

- ✓ Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w formularzu w celu realizacji zlecenia, zgodnie z Rozporz. PE i Rady UE z dnia 24 maja 2018 r (art. 9 ust. 2 lit. A RODO).
- ✓ Udzielam BORLAMED MLD zgodę na kontaktowanie się ze mną w przyszłości w związku z działaniami w ramach systemu zapewnienia jakości (wyrażenie opinii na temat wykonywanych badań/ obsługi klienta itp.) Tak Nie