

FORMULARZ ZLECENIA INTERPRETACJI WYNIKÓW LABORATORYJNYCH BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

Uwaga: do zlecenia badania genetycznego prosimy dołączyć wypełniony i podpisany przez pacjenta lub opiekuna

(w przypadku osoby niepełnoletniej lub całkowicie ubezwłasnowolnionej) formularz świadomej zgody na interpretację wyników badań genetycznych

DANE PACJENTA

Imię:												
Nazwisko:												
Data urodzenia:			-			-						(DD-MM-RRRR)
PESEL:												
Płeć:	Mężczyzna <input type="checkbox"/>					Kobieta <input type="checkbox"/>						
Adres korespondencyjny:												
Telefon kontaktowy:												
Adres e-mail:												

Dane do faktury:

NIP:.....

RODZAJ BADAŃ, KTÓRYCH WYNIKI SĄ PRZEKAZYWANE DO INTERPRETACJI *(należy zaznaczyć X w odpowiednim polu)*

- badania ogólne krwi i moczu (w tym: morfologia, OB) – cena: 35 zł
- badania biochemiczne (w tym badania dotyczące profilu lipidowego, poziomu hormonów, parametrów układu krzepnięcia krwi, parametrów funkcji wątroby, trzustki, nerek i innych narządów) – cena: 35 zł
- badania immunologiczne (parametry układu immunologicznego, obecność antygenów i/lub przeciwciał itp.) – cena zależna od liczby analizowanych parametrów: 1-5 parametrów: 35 zł, >5 parametrów: 70 zł
- badania genetyczne (badania w kierunku obecności wariantów badanych genów związanych z występowaniem zaburzeń / chorób, wykonane metodą PCR, PCR-RFLP (analiza polimorfizmów), PCR-SSCP, RT-PCR, sekwencjonowanie Sangera; nie dokonujemy interpretacji wyników badań wykonanych metodą mikromacierzy oraz sekwencjonowania w skali całego genomu) – cena: PCR, RT-PCR, PCR-RFLP, PCR SSCP: 100 zł; sekwencjonowanie Sangera (analiza patogenności wariantów): 200 zł

SPOSÓB ODBIORU WYNIKU *(należy zaznaczyć X w odpowiednim polu)*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> wynik w postaci elektronicznej pobierany z platformy eLaborat | <input type="checkbox"/> odbiór osobisty w laboratorium |
| <input type="checkbox"/> wynik wysłany na adres mailowy | <input type="checkbox"/> wynik w postaci papierowej wysłany na adres korespondencyjny |

Oświadczenie pacjenta*

Zgadzam się na informowanie mnie w przyszłości o interpretacji wyników badań diagnostycznych i/lub naukowych wtedy, gdy mogłaby ona stanowić podstawę do rozpoznania choroby i/lub zwiększonego ryzyka jej rozwoju. Tak Nie

Udzielam BORLAMED MLD zgodę na kontaktowanie się ze mną w przyszłości w związku z prowadzonymi działaniami w ramach systemu zapewnienia jakości (wyrażenie opinii na temat wykonywanych badań/ obsługi klienta itp.). Tak Nie

Zostałam/-em poinformowana/-y o konieczności przetwarzania moich danych osobowych, w tym danych dotyczących zdrowia, w związku z wykonaniem usługi interpretacji wyników laboratoryjnych badań diagnostycznych. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych wyłącznie do wyżej wymienionych celów przez Medyczne Laboratorium Diagnostyczne BORLAMED, zgodnie z art. 13 ust. 1 ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L.2016.119.1). Administratorem danych będzie Medyczne Laboratorium Diagnostyczne BORLAMED z siedzibą w Warszawie, ul. Nasturcjowa 6, 03-989 Warszawa; NIP: 1131159925; REGON: 384906183. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo dostępu do swoich danych oraz prawo do wnioskowania o zaprzestanie ich przetwarzania. Tak Nie

Zapoznałam/-em się i akceptuję Regulamin sklepu internetowego <https://borlamed.pl/regulamin/> - w sytuacji zlecenia badania za pośrednictwem sklepu internetowego. Tak Nie

Zapoznałam/-em się i akceptuję Politykę prywatności <https://borlamed.pl/polityka-prywatnosci/>. Tak Nie

* Uwaga: Akceptowane są dokumenty papierowe, ich skany zapisane w formacie .pdf lub .jpg, a także pliki PDF zawierające oświadczenie podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

.....
data

.....
podpis pacjenta

Oświadczenie przedstawiciela pacjenta*

- dotyczy sytuacji przekazania do interpretacji wyników badań osoby trzeciej, która udzieliła osobie przekazującej wyniki prawa do przekazania jej danych osobowych

Zostałam/-em poinformowana/-y o konieczności przetwarzania danych osobowych, w tym danych dotyczących zdrowia, w związku z wykonaniem usługi interpretacji wyników laboratoryjnych badań diagnostycznych. Tak Nie

Zostało mi udzielone na piśmie prawo do przekazania danych osobowych osoby trzeciej, obejmujących dane dotyczące zdrowia – w formie wyników laboratoryjnych badań diagnostycznych – w celu uzyskania na Usługi w postaci interpretacji wyników badań laboratoryjnych. Tak Nie

Dysponuję oświadczeniem, podpisanym przez osobę, której dotyczą przekazywane do interpretacji wyniki laboratoryjnych badań diagnostycznych, o treści:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych wyłącznie do wyżej wymienionych celów przez Medyczne Laboratorium Diagnostyczne Borlamed, zgodnie z art. 13 ust. 1 ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L.2016.119.1). Administratorem danych będzie Medyczne Laboratorium Diagnostyczne BORLAMED z siedzibą w Warszawie, ul. Nasturcjowa 6, 03-989 Warszawa; NIP: 1131159925, REGON: 384906183. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo dostępu do swoich danych oraz prawo do wnioskowania o zaprzestanie ich przetwarzania. Tak Nie

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów związanych z interpretacją laboratoryjnych badań diagnostycznych osoby trzeciej, która upoważniła mnie do przekazania dotyczących jej wyników do interpretacji. Tak Nie

* Uwaga: Akceptowane są dokumenty papierowe, ich skany zapisane w formacie .pdf lub .jpg, a także pliki pdf zawierające oświadczenie podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

DANE PRZEDSTAWICIELA PACJENTA	
Imię:	
Nazwisko:	
Data urodzenia:	- - (DD-MM-RRRR)
PESEL:	
Płeć:	Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/>
Adres korespondencyjny:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	

Dane do faktury:

NIP:.....

.....
data

.....
podpis przedstawiciela pacjenta