



SKIEROWANIE NA BADANIE MOLEKULARNE MARKERY NOWOTWOROWE

RODZAJ ZLECANEGO BADANIA (zaznaczyć właściwe)

- 5 mutacji genu BRCA1 - rak piersi i jajnika
- mutacja genu BRCA2 - rak piersi i jajnika
- mutacja genu NBS1 - rak piersi i jajnika
- mutacja genu NOD2 - rak piersi i jajnika
- mutacja genu CHEK2 - rak piersi i jajnika
- mutacja genu P16 - rak piersi i jajnika
- mutacja genu CYP1B1 - rak piersi i jajnika
- 7 genów (15 mutacji): BRCA1, BRCA2, NBS1, NOD2, CHEK2, P16, CYP1B1 - rak piersi
- HPV Skryning 27 - skryning 27 typów HPV z typowaniem 6
- HPV Genotypowanie 30 - genotypowanie 30 typów HPV

INFORMACJE O PACJENCIE

Imię i nazwisko (drukowanymi literami):
.....

PESEL:.....

Adres korespondencyjny (miejsce przesłania wyniku):
.....
.....

Telefon kontaktowy:.....

INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM

Rodzaj materiału:

- wymaz z szyjki macicy wymaz z policzka
- wymaz z cewki moczowej krew pełna żylna
- wymaz z prącia

Data i godzina pobrania próbki do pacjenta (dz/m/r):
.....

INFORMACJE O TRANSFUZJI/PRZESZCZEPIE **

Zaznacz, jeśli u pacjenta wykonano:

- transfuzję przeszczep

Data transfuzji/przeszczepu (dz/m/r):

.....

**Badanie genetyczne można wykonać po 6 miesiącach od daty transfuzji, ponieważ istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku badania diagnostycznego.

PIECZĘĆ JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ

PIECZĘĆ LEKARZA KIERUJĄCEGO

DANE DO FAKTURY

Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu Zleceniodawcy.

Data, podpis.....

Wypełnić jeśli są inne niż Jednostki Kierującej na badanie.

NIP - - -

Nazwisko i imię/Nazwa Jednostki Kierującej

.....

Adres:

.....

.....

.....

Podpis Pacjenta

.....

Data i podpis osoby przyjmującej zlecenie
do EUROIMMUN DNA

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA MOLEKULARNEGO

WYPEŁNIA PACJENT PEŁNOLETNI LUB PACJENT, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 ROK ŻYCIA ORAZ JEGO RODZIC/OPIEKUN PRAWNY

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL pacjenta:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Adres zamieszkania:

Pobrany ode mnie/dziecka materiał biologiczny zostanie wykorzystany do diagnostyki molekularnej w kierunku (nazwa badania/badań)

..... opartej na analizie DNA.

ZOSTAŁEM/AM POINFORMOWANY/A, ŻE:

1. Pobrany materiał biologiczny zostanie użyty w celu izolacji DNA oraz wykonania diagnostyki (proszę zaznaczyć właściwą pozycję):

- weryfikacja rozpoznania klinicznego,
- określenie predyspozycji do zachorowania na ww. chorobę genetyczną,
- 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 ukończy 16. rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza „Deklaracja Świadomej Zgody na Wykonanie Badania Molekularnego”.

4. Wynik badania zostanie udostępniony online na koncie, z którego badanie zostało zlecone, o czym Zamawiający zostanie poinformowany mailowo. Na życzenie wynik może zostać wysłany na wskazany w zamówieniu adres listem poleconym priorytetowym za potwierdzeniem odbioru. Koszt takiej przesyłki to 9,40 zł.

5. Laboratorium Euroimmun DNA deklaruje, że przekazany materiał biologiczny nie będzie przechowywany dłużej niż przez okres 1 miesiąca liczony od dnia otrzymania materiału.

6. Uzyskałem/am od lekarza zlecającego badanie informację, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 836, z późn. zm.), w szczególności o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania genetycznego.

WYRAŻENIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie materiału biologicznego do celu związanego z udziałem laboratorium Euroimmun DNA w zewnątrzlaboratoryjnym programie kontroli jakości.

TAK

NIE

Wyrażam zgodę na przesyłanie przez „EUROIMMUN Polska” Sp. z o.o., ul. Widna 2a, 50-543 Wrocław, informacji handlowych (m.in. informacji o nowościach, newsletter) za pomocą środków komunikacji elektronicznej na podany powyżej adres mailowy. Przyjmuję do wiadomości, że w każdej chwili mogę odwołać zgodę, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

TAK

NIE

Na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a RODO, dobrowolnie i świadomie zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wykonania diagnostyki oraz udostępnienia wyników badań. Oświadczam, że podane wyżej dane są prawdziwe.

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
Czytelny podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego
wyrażającego zgodę na badanie genetyczne

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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, RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest spółka „EUROIMMUN POLSKA” Sp. z o. o. z siedzibą we Wrocławiu (50-543) przy ul. Widnej 2a („ADO”). ADO ustanowił inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@euroimmun.pl.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są:
 - 1) w celu wykonania zawartej umowy lub podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO);
 - 2) dla prawnie uzasadnionego interesu ADO w celach marketingowych, kontaktowych, analitycznych, archiwalnych, dochodzenia roszczeń związanych z umową (art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
 - 3) dla wypełnienia obowiązku prawnego spoczywającego na ADO (art. 6 ust. 1 lit c RODO);
 - 4) na podstawie wyrażonej wyrażnej zgody w jednym lub kilku konkretnych celach (art. 9 ust. 2 lit. a RODO) ;
 - 5) w celu prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej (art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).
3. Dane osobowe mogą być przekazywane przez ADO do podmiotów zewnętrznych, takich jak uprawnione organy państwowe, współpracujące podmioty lecznicze i punkty pobrań, dostawcy usług informatycznych, prawniczych, księgowych i kurierskich.
4. Podanie danych jest dobrowolne, za wyjątkiem sytuacji, gdy prawo wymaga ich podania lub ich podanie jest niezbędne do wykonania przez ADO zawartej umowy. W takim wypadku, niepodanie niezbędnych danych skutkować będzie niemożnością świadczenia usług lub realizacji umowy.
5. ADO przetwarza dane osobowe w sposób zautomatyzowany. Dane podlegają profilowaniu.
6. Dane osobowe będą przechowywane, w przypadku przetwarzania danych osobowych:
 - 1) na podstawie zgody – do momentu odwołania zgody przez Panią/Pana bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - 2) w związku z wykonywaniem umowy – przez okres, w którym mogą ujawnić się roszczenia z nią związane;
 - 3) ze względu na prawnie uzasadnione interesy realizowane przez ADO lub stronę trzecią – do momentu złożenia sprzeciwu;
 - 4) w związku z Pani/Pana żądaniem podjęcia działań przed zawarciem umowy – dane osobowe zostaną niezwłocznie usunięte, jeżeli nie dojdzie do zawarcia umowy;
 - 5) dla wypełnienia obowiązku prawnego spoczywającego na ADO – w okresie wskazanym przez przepisy prawa.
7. Ma Pani/Pan następujące prawa: żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania; wniesienia skargi do organu nadzorczego; cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania opartego na art. 6 ust.1 lit. f RODO.

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
Podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego