

# SKIEROWANIE DO PRACOWNI GENETYKI



Centrum Medyczne Luxmed Sp. z o.o.  
ul. Radziwiłłowska 5, 20-080 Lublin  
tel. 81 532 37 11  
NIP 712-23-28-550, REGON 430896124

Płeć M  K

Data pobrania materiału	Godzina pobrania materiału
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data przyjęcia do laboratorium	Godzina przyjęcia do laboratorium
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lekarz zlecający
------------------

Dane osoby pobierającej materiał
----------------------------------

Tu naklej kod materiału
-------------------------

<input type="text"/>
----------------------

nazwisko

<input type="text"/>
----------------------

imię

<input type="text"/>
----------------------

PESEL

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

data urodzenia

Sposób kontaktu z pacjentem (np. telefon, fax, e-mail) .....

Rodzaj materiału i jego pochodzenie .....

Wskazanie do wykonania badania oraz istotne dane kliniczne pacjenta .....

- Borrelia burgdorferii bad. genetyczne
- HBV DNA (PCR) - jakościowo
- HBV DNA (PCR) - ilościowo
- Cytomegalia - bad. genetyczne - jakościowe

## **Deklaracja świadomej zgody na wykonanie molekularnych badań diagnostycznych.**

Niniejszym wyrażam zgodę na pobranie ode mnie materiału biologicznego w celu izolacji kwasów nukleinowych i wykonanie molekularnych badań diagnostycznych. Wyrażam zgodę na wykorzystanie do badań otrzymanego z mojej próbki DNA/RNA.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie do wyżej wymienionych celów, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z).

.....  
/czytelny podpis pacjenta/

.....  
/data/