

Centrum Medyczne Luxmed Sp. z o.o.  
Ul. Radziwiłłowska 5, 20-080 Lublin  
Tel. 81 532 37 11, fax. 81 536 16 77  
NIP 712-23-28-550 REGON 430896124

## SKIEROWANIE NA BADANIA GENETYCZNE

Imię

Nazwisko

PESEL

Adres

Telefon kontaktowy

Rodzaj materiału:

wymaz

/podpis osoby pobierającej/

### Zlecone badania:

- II HPV (14 genotypów)
- II HPV (16 genotypów)
- HPV z podłoża płynnego (14 genotypów)
- Chlamydia trachomatis
- Chlamydia trachomatis - wymaz z worka spojówkowego
- GENETYCZNA DIAGNOSTYKA CHORÓB INTYMNYCH
- Chlamydia/Neisseria/Trichomonas

---

### Deklaracja świadomej zgody na wykonanie molekularnych badań diagnostycznych

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

.....  
/czytelny podpis pacjenta/

.....  
/data /