

PROSZĘ WYPEŁNIĆ ZLECENIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Dane pacjenta

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia:

PESEL:

(w przypadku braku PESEL – seria i numer oraz rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Płeć: M K Telefon:

Adres zamieszkania:

Ulica i numer domu/mieszkania

Kod pocztowy i miejscowość

Dane rodzica/opiekuna prawnego (w przypadku osób niepełnoletnich)*

Nazwisko 1: Imię 1:

Adres zamieszkania 1:

Nazwisko 2: Imię 2:

Adres zamieszkania 2:

*- pola obowiązkowe

Zlecam wykonanie badania

WYMAGANA data i godzina pobrania materiału:

Rodzaj materiału: krew żylna

Podpis osoby pobierającej

- ☐ Celiakia (DQ2.2/DQ2.5/DQ8) – met. PCR Kod badania: 897
- ☐ Nietolerancja laktozy typu dorosłego – analiza polimorfizmów rs4988235 (I3910T) oraz rs182549 (22018A) genu LCT, met. PCR Kod badania: 3824
- ☐ Fruktaza wrodzona – mutacje A150P i A175D w genie ALDOB, met. PCR Kod badania: 3867
- ☐ Pakiet oznaczeń genetycznych (celiakia + laktoza + fruktoza) – met. PCR Kod badania: 3119

Numery badań

Dokument sprzedaży

- ☐ paragon
- ☐ faktura

Dane do faktury:

Firma/Imię i nazwisko

NIP

Ulica i nr domu/mieszkania

Kod pocztowy i miejscowość

Forma płatności

- ☐ gotówka
- ☐ karta
- ☐ przelew
- ☐ PayU

Nr zamówienia e-sklep:

Odbiór wyniku

- ☐ wersja elektroniczna na adres e-mail (0 zł):

W celu wysyłki wyniku mailem wymagany uzupełniony PESEL.

- ☐ wersja elektroniczna dla lekarza/ innego specjalisty na adres e-mail (0 zł):

- ☐ wysyłka pocztą (dodatkowo płatna - 15 zł)
- ☐ osobisty (0 zł)
- ☐ przez upoważnioną osobę (0 zł)

Imię i nazwisko

Seria i numer dowodu osobistego

Poniższą część wypełnia Instytut Mikrobiologii

Data i godzina

przyjęcia materiału:

Uwagi laboratorium:

Sposób dostarczenia:

- ☐ osobiście
- ☐ poczta/kurier



Wymagania ustawowe związane z wykonywaniem badań oraz klauzula RODO znajdują się na stronie: <https://instytut-mikroekologii.pl/przetwarzanie-danych-pacjenci/>

Ja, niżej podpisana/-y oświadczam, że zapoznałam/-em się z informacjami dotyczącymi zleconych badań oraz otrzymałam/-em satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania i wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym badaniu.

WYMAGANY podpis osoby zlecającej badanie. Brak podpisu będzie skutkował niewykonaniem zleconych badań.

Miejscowość, data

Czytelny podpis

Data i godzina pobrania materiału

Dodatkowe zgody

- ☐ Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich wyników **do celów naukowych, z zachowaniem warunków anonimowości.**

Miejscowość, data

Czytelny podpis

- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut Mikroekologii Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu, przy ul. Sielskiej 10, w celu przekazywania informacji handlowych i marketingowych.

Zapoznałam/-em się z pouczeniem dotyczącym prawa dostępu do treści moich danych i możliwości poprawiania. Jestem świadoma/świadom, iż moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co skutkować będzie usnięciem mojego adresu e-mail z listy dystrybucyjnej przekazywania informacji handlowych i marketingowych.

Adres e-mail

Miejscowość, data

Czytelny podpis

