

PROSZĘ WYPEŁNIĆ ZLECENIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Dane pacjenta

Nazwisko: _____

Imię: _____

Data urodzenia: DD - MM - RRRR

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

Podpis (i pieczęć) zleceniodawcy

Zlecam wykonanie badania

WYMAGANA data i godzina pobrania materiału: DD - MM - RRRR GG : MM

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

Fruktozemia wrodzona - mutacje A150P i A175D w genie ALDOB, met. PCR Kod badania: 3867

Pakiet oznaczeń genetycznych (celiakia + laktoza + fruktoza) - met. PCR Kod badania: 7242

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 skutkowało 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 usunięciem mojego adresu e-mail z listy dystrybucyjnej przekazywania informacji handlowych i marketingowych.

Adres e-mail

Miejscowość, data

Czytelny podpis

