

# ZLECENIE BADAŃ MOLEKULARNYCH Z KRWI

**UWAGA - POLA PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

## Dane pacjenta

Nazwisko: .....

Imię: .....

Data urodzenia: ..... PESEL 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Adres zamieszkania: ..... lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość .....

ulica i numer domu/mieszkania

Płeć: M  K

kod pocztowy i miejscowość

Telefon: .....

Nazwisko i adres opiekuna prawnego pacjentów nieletnich: .....

NUMER BADANIA

## Zlecam wykonanie badania

Rodzaj materiału: krew żylna

Data i godzina pobrania materiału: ..... Podpis osoby pobierającej materiał: .....

**Celiakia (DQ2.2/DQ2.5/DQ8)**

- met. PCR Kod badania: 897

**Nietolerancja laktozy typu dorosłego**

- analiza polimorfizmów rs4988235 (13910T) 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: 3119

### Forma płatności

- gotówka  
 karta  
 przelew

### Dokument sprzedaży

- faktura  
 paragon

### Odbiór wyniku

- osobisty  
 wersja elektroniczna/ podać adres e-mail: .....  
*UWAGA: w celu wysyłki wyniku mailem wymagany uzupełniony numer PESEL.*  
 przez upoważnioną osobę (imię i nazwisko, numer dowodu osobistego):  
.....  
 wersja elektroniczna dla lekarza, dietetyka/ podać adres e-mail:  
.....  
 wysyłka pocztą - dodatkowo płatna

## Dane do faktury

Firma/Imię i nazwisko .....  
Ulica i nr domu/mieszkania .....  
Kod pocztowy i miejscowość .....  
NIP .....

## Informacja o pacjencie: (wypełnić jeśli występuje)

- rozpoznane choroby .....  
 stosowane leczenie .....  
 rozpoznane choroby genetyczne w rodzinie .....

Data i godzina  
przyjęcia materiału:

Uwagi laboratorium:

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dn. 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 (dalej: RODO), a także zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity - Dz.U. z 2015 r., poz.2135 ze zm), **Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Instytut Mikroekologii sp. z o.o. w Poznaniu (60-129), ul. Sielska 10, tel. 061 862 63 15.** Dane osobowe będą przetwarzane również przez Diagnostyka S.A. z siedzibą przy ul. prof. M. Życzkowskiego 16, 31-864 Kraków. Z inspektorem ochrony danych osobowych może Pani/Pan się skontaktować drogą elektroniczną na **e-mail: [inspektor.danych@instytut-mikroekologii.pl](mailto:inspektor.danych@instytut-mikroekologii.pl)**. Dane osobowe są przetwarzane w celach realizacji umowy o wykonania badania oraz wykonywania przez administratora obowiązków wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Dane osobowe będą przechowywane w czasie obowiązywania umowy i przez okres 20 lat po jej zakończeniu. Instytut Mikroekologii informuje, że ma Pani/Pan prawo do żądania od Instytut Mikroekologii dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania w granicach dopuszczalnych przez prawo. Instytut Mikroekologii informuje także, że ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

**Podanie poniższych danych:** 1) dane pacjenta: a) imię i nazwisko, b) data urodzenia, c) miejsce zamieszkania, d) płeć, e) numer PESEL, a w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, f) numer identyfikacyjny pacjenta (podawany przy braku innych danych); 2) pieczęć i podpis lekarza zlecającego badanie lub imię i nazwisko oraz seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość innej osoby upoważnionej do zlecenia badania; 3) dane jednostki zlecającej badanie; 4) miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku badania; 5) rodzaj materiału i jego pochodzenie; 6) zleczone badanie; 7) data i godzina pobrania materiału do badania; 8) dane osoby pobierającej materiał do badania; 9) istotne kliniczne dane pacjenta, są **wymogiem ustawowym i warunkiem zawarcia umowy. Brak podania którejkolwiek z ww. danych skutkuje niemożnością zawarcia umowy o przeprowadzenie badania.**

Pani/a wyniki badań mogą być wykorzystane do celów naukowych, z zachowaniem warunków anonimowości.

Ja, niżej podpisany oświadczam, że zapoznałem się z informacjami dotyczącymi zleconych badań oraz otrzymałem satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania i wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym badaniu.

**UWAGA: WYMAGANY PODPIS OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE. BRAK PODPISU BĘDZIE SKUTKOWAŁ NIEWYKONANIEM ZLECONYCH BADAŃ.**

.....  
Miejscowość/ data

.....  
Czytelny podpis

## ZGODA NA NEWSLETTER

Imię i nazwisko .....

Adres mail .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytutu Mikroekologii Sp. z o.o. w Poznaniu, przy ul. Sielskiej 10, w celu korzystania z prowadzonej przez Instytutu Mikroekologii Sp. z o.o. usługi „Newsletter”.

Zapoznałem/zapoznałam się z pouczeniem dotyczącym prawa dostępu do treści moich danych i możliwości ich poprawiania. Jestem świadom/świadoma, iż moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co skutkować będzie usunięciem mojego adresu e-mail z listy dystrybucyjnej usługi „Newsletter”.

.....  
Miejscowość/ data

.....  
Czytelny podpis