

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

Podpis (i pieczęć) zleceńodawcy

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:

krw:

kał:

- ☐ Nietolerancja histaminy Complete (DAO + histamina i jej jelitowa produkcja)
- ☐ Nietolerancja histaminy – DAO we krwi
- ☐ Nietolerancja histaminy – histamina w kale i jej jelitowa produkcja

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

Rodzaj materiału:

kał

surowica

krw włośniczkowa

Sposób dostarczenia:

osobiście

poczta/kurier

Data i godzina przyjęcia materiału:

Uwagi laboratorium:

Badanie	Przeciwwskazanie
DAO	- wiek <28 dni (noworodki) - cięża - stosowanie heparyny wpływa na wzrost poziomu DAO.
Histamina	przyjmowanie >5mg biotyny/dzień. Badanie można wykonać po minimum 24h przerwy od przyjęcia preparatu do pobrania próbki.

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 dystrybu-cyjnej przekazywania informacji handlowych i marketingowych.

Adres e-mail

Miejscowość, data

Czytelny podpis

