

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:

- ☐ Mikrobiota pochwy Screen (posiew + biocenoza + pH)
- ☐ Mikrobiota pochwy Pro (posiew + biocenoza + pH + STI-II patogenów – badanie genetyczne)
- ☐ Mikrobiota pochwy Complete (posiew + biocenoza + pH + STI-II patogenów + 30 typów HPV)
- ☐ Mikrobiota pochwy Onko (30 typów HPV – badanie genetyczne)

Istotne dane kliniczne

- ☐ ciąża, tydzień
- ☐ menopauza
- ☐ antykoncepcja hormonalna
- ☐ leczenie andrologiczne
- ☐ inne

Dolegliwości:

- ☐ swędzenie
- ☐ pieczenie
- ☐ rybi zapach
- ☐ upławy
- ☐ zaczerwienienie

Proszę zaznaczyć zmierzoną wartość pH:

3,6	4,1	4,4	4,7	5,0	5,3	5,6	6,1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Numer badania

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:

- ☒ wymaz z pochwy/szyjki macicy

Sposób dostarczenia:

- ☐ osobiście
- ☐ poczta/kurier

Data i godzina

przyjęcia materiału:

Uwagi laboratorium:



Instytut Mikrobiologii
Wrażliwi na Twoje wnętrze

ul. Sielska 10, 60-129 Poznań ■ tel.: 61 862 63 15 ■ tel. kom.: 538 325 843
biuro@instytut-mikrobiologii.pl ■ laboratorium@instytut-mikrobiologii.pl

www.instytut-mikrobiologii.pl
Instagram Facebook

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

