

ZLECENIE BADANIA MIKROBIOTA POCHWY

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) zleceniodawcy

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)

Panel urogenitalny 7 patogenów metodą PCR*

*- badanie wykonywane przy współpracy z podwykonawcą. Lista <https://instytut-mikroekologii.pl/lista>

Podpis osoby pobierającej materiał

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:

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

