



SKIEROWANIE NA BADANIE MOLEKULARNE INFEKCJE

RODZAJ ZLECANEGO BADANIA (zaznaczyć właściwe)

- HPV Genotypowanie 30** - Genotypowanie 30 typów HPV
- Pakiet intymny STI** - C. trachomatis, N. gonorrhoeae, HSV-1, HSV-2, H. ducreyi, M. genitalium, M. hominis, T. pallidum, T. vaginalis, U. parvum, U. urealyticum
- URO-GEN GBS** - paciorkowce z grupy B: Streptococcus agalactiae
- URO-GEN BAKTERIE 3A** - C. trachomatis, U. urealyticum, N. gonorrhoeae
- URO-GEN BAKTERIE 3B** - M. genitalium, M. hominis, U. urealyticum
- URO-GEN CANDIDA 10** - C. albicans, C. glabrata, C. tropicalis, C. parapsilosis, C. kefyr, C. guilliermondii, C. krusei, C. dubliniensis, C. lusitaniae, Y. lipolytica
- URO-GEN BAKTERIE 6** - C. trachomatis, U. urealyticum, U. parvum, N. gonorrhoeae, M. genitalium, M. hominis
- URO-GEN BAKTERIE + GRZYBY 16** - C. trachomatis, U. urealyticum, U. parvum, N. gonorrhoeae, M. genitalium, M. hominis oraz 10 gatunków Candida: C. albicans, C. glabrata, C. tropicalis, C. parapsilosis, C. kefyr, C. guilliermondii, C. krusei, C. dubliniensis, C. lusitaniae, Y. lipolytica
- URO-GEN MAX 41** - HPV30, HSV1/2, H. ducreyi, T. pallidum, T. vaginalis, Ch. trachomatis, U. urealyticum, U. parvum, N. gonorrhoeae, M. genitalium, M. hominis
- PNEUMO BAKTERIE 4** - C. pneumoniae, M. pneumoniae, L. pneumoniae, B. pertussis
- PNEUMO BAKTERIE I GRZYBY 16** - C. pneumoniae, M. pneumoniae, L. pneumoniae, B. pertussis, A. fumigatus, C. neoformans, oraz 10 gatunków Candida: C. albicans, C. glabrata, C. tropicalis, C. parapsilosis, C. kefyr, C. guilliermondii, C. krusei, C. dubliniensis, C. lusitaniae, Y. lipolytica
- Grzybica** - 50 dermatofitów, 3 drożdżaki i 3 grzyby pleśniowe

INFORMACJE O PACJENCIE

Imię i nazwisko (drukowanymi literami):

.....

PESEL:

Adres korespondencyjny (miejsce przesłania wyniku):

.....

.....

Telefon kontaktowy:

INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM

Rodzaj materiału:

- wymaz z szyjki macicy
- wymaz z cewki moczowej
- wymaz z prącia
- wymaz z pochwy
- wymaz z gardła
- krew EDTA
- inne

Data i godzina pobrania próbki do pacjenta (dz/m/r):

.....

INFORMACJE O TRANSFUZJI/PRZESZCZEPIE **

Zaznacz, jeśli u pacjenta wykonano:

- transfuzję
- przeszczep

Data transfuzji/przeszczepu (dz/m/r):

.....

**Badanie genetyczne można wykonać po 6 miesiącach od daty transfuzji, ponieważ istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku badania z próbki krwi.

PIECZĘĆ JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ

PIECZĘĆ LEKARZA KIERUJĄCEGO

DANE DO FAKTURY

Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu
Zleceńodawcy.

Data, podpis:

Wypełnić jeśli są inne niż Jednostki Kierującej na badanie.

NIP - - -

Nazwisko i imię/Nazwa Jednostki Kierującej

.....

Adres:

.....

.....

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA MOLEKULARNEGO

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL pacjenta:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Adres zamieszkania:

Pobrano ode mnie/dziecka materiał biologiczny zostanie wykorzystany do diagnostyki molekularnej w kierunku (nazwa badania/badań)
..... opartej na analizie DNA.

ZOSTAŁEM/AM POINFORMOWANY/A, ŻE:

- Pobrano materiał biologiczny zostanie użyty w celu izolacji DNA oraz wykonania diagnostyki (proszę zaznaczyć właściwą pozycję):
 - weryfikacja rozpoznania klinicznego,
 - określenie predyspozycji do zachorowania na ww. chorobę genetyczną,
 - przeprowadzenie diagnostyki przedobjawowej.
- Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego w sytuacjach, gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium.
- Jeśli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki molekularnej a datą wydania wyniku pacjent ukończy 16. rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza „Deklaracja Świadomej Zgody na Wykonanie Badania Molekularnego”.
- Laboratorium Euroimmun DNA deklaruje, że przekazany materiał biologiczny nie będzie przechowywany dłużej niż przez okres 1 miesiąca liczony od dnia otrzymania materiału.
- Uzyskałem/am od lekarza zlecającego badanie informację, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 836, z późn. zm.), w szczególności o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania genetycznego.

WYRAŻENIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie materiału biologicznego do celu związanego z udziałem laboratorium Euroimmun DNA w zewnątrzlaboratoryjnym programie kontroli jakości.

TAK

NIE

Wyrażam zgodę na przesyłanie przez „EUROIMMUN Polska” Sp. z o.o., ul. Widna 2a, 50-543 Wrocław, informacji handlowych (m.in. informacji o nowościach, newsletter) za pomocą środków komunikacji elektronicznej na podany powyżej adres mailowy. Przyjmuję do wiadomości, że w każdej chwili mogę odwołać zgodę, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

TAK

NIE

Na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a RODO, dobrowolnie i świadomie zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wykonania diagnostyki oraz udostępnienia wyników badań. Oświadczam, że podane wyżej dane są prawdziwe.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego
wyrażającego zgodę na badanie genetyczne

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/697 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest spółka „EUROIMMUN POLSKA” Sp. z o. o. z siedzibą we Wrocławiu (50-543) przy ul. Widnej 2a („ADO”). ADO ustanowił inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@euroimmun.pl.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są:
 - 1) w celu wykonania zawartej umowy lub podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO);
 - 2) dla prawnie uzasadnionego interesu ADO w celach marketingowych, kontaktowych, analitycznych, archiwalnych, dochodzenia roszczeń związanych z umową (art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
 - 3) dla wypełnienia obowiązku prawnego spoczywającego na ADO (art. 6 ust. 1 lit c RODO);
 - 4) na podstawie wyrażonej wyrażnej zgody w jednym lub kilku konkretnych celach (art. 9 ust. 2 lit. a RODO) ;
 - 5) w celu prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej (art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).
3. Dane osobowe mogą być przekazywane przez ADO do podmiotów zewnętrznych, takich jak uprawnione organy państwowe, współpracujące podmioty lecznicze i punkty pobrań, dostawcy usług informatycznych, prawniczych, księgowych i kurierskich.
4. Podanie danych jest dobrowolne, za wyjątkiem sytuacji, gdy prawo wymaga ich podania lub ich podanie jest niezbędne do wykonania przez ADO zawartej umowy. W takim wypadku, niepodanie niezbędnych danych skutkować będzie niemożnością świadczenia usług lub realizacji umowy.
5. ADO przetwarza dane osobowe w sposób zautomatyzowany. Dane podlegają profilowaniu.
6. Dane osobowe będą przechowywane, w przypadku przetwarzania danych osobowych:
 - 1) na podstawie zgody – do momentu odwołania zgody przez Panią/Pana bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - 2) w związku z wykonywaniem umowy – przez okres, w którym mogą ujawnić się roszczenia z nią związane;
 - 3) ze względu na prawnie uzasadnione interesy realizowane przez ADO lub stronę trzecią – do momentu złożenia sprzeciwu;
 - 4) w związku z Pani/Pana żądaniem podjęcia działań przed zawarciem umowy – dane osobowe zostaną niezwłocznie usunięte, jeżeli nie dojdzie do zawarcia umowy;
 - 5) dla wypełnienia obowiązku prawnego spoczywającego na ADO – w okresie wskazanym przez przepisy prawa.
7. Ma Pani/Pan następujące prawa: żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania; wniesienia skargi do organu nadzorczego; cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania opartego na art. 6 ust.1 lit. f RODO.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego