

Imię i nazwisko zleceniodawcy:   
PESEL:   
Adres:   
Telefon/Email:

Numer zlecenia:  
Wypełnia laboratorium   
Data i godzina przyjęcia  
materiału do laboratorium:

**OSOBA 1**

**OSOBA 2**

**OSOBA 3**

**OSOBA 4**

<p>IMIĘ: .....</p> <p>NAZWISKO: .....</p> <p>STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA: .....</p> <p>PESEL: .....</p> <p>Data urodzenia: .....</p> <p>Płeć: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA</p> <p>Data pobrania materiału: .....</p> <p><input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ</p> <p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania. W przypadku osoby niepełnoletniej podpis powinien złożyć prawny opiekun</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>podpis</p>	<p>IMIĘ: .....</p> <p>NAZWISKO: .....</p> <p>STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA: .....</p> <p>PESEL: .....</p> <p>Data urodzenia: .....</p> <p>Płeć: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA</p> <p>Data pobrania materiału: .....</p> <p><input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ</p> <p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania. W przypadku osoby niepełnoletniej podpis powinien złożyć prawny opiekun</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>podpis</p>	<p>IMIĘ: .....</p> <p>NAZWISKO: .....</p> <p>STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA: .....</p> <p>PESEL: .....</p> <p>Data urodzenia: .....</p> <p>Płeć: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA</p> <p>Data pobrania materiału: .....</p> <p><input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ</p> <p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania. W przypadku osoby niepełnoletniej podpis powinien złożyć prawny opiekun</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>podpis</p>	<p>IMIĘ: .....</p> <p>NAZWISKO: .....</p> <p>STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA: .....</p> <p>PESEL: .....</p> <p>Data urodzenia: .....</p> <p>Płeć: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA</p> <p>Data pobrania materiału: .....</p> <p><input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ</p> <p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania. W przypadku osoby niepełnoletniej podpis powinien złożyć prawny opiekun</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>podpis</p>
---	---	---	---

Powyższe dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji złożonego zamówienia, na podstawie art. 23 ustęp 1. punkt 1) oraz art. 23 ustęp 1. punkt 3) ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn.zm.), przez to testDNA Laboratorium Sp. z o.o. z siedzibą w Katowicach przy ul. Słonecznej 4, zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla Katowice-Wschód w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000485925, NIP: 6342822748, Regon: 243413225. Osobie podającej dane przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania

**RODZAJ BADANIA**

Analiza chromosomu Y  Analiza mitochondrialnego DNA (mtDNA)  
 Analiza chromosomu X  Analiza pokrewieństwa na podstawie analizy statystycznej

Cel badania (proszę opisać)

Deklarowane pokrewieństwo wobec osób badanych i innych członków rodziny mogące mieć wpływ na wynik badań.

### INFORMACJA O WYNIKU

Zamawiający oświadcza, że chciałby, aby wynik został mu przekazany w następujący sposób (można wybrać kilka opcji):

**LISTOWNIE**

Adres do korespondencji:

IMIĘ I NAZWISKO: .....

ADRES: .....

**Dyskretne** (bez pieczętki laboratorium na kopercie)

**E-MAILEM:** .....

**TELEFONICZNIE:** .....

**TELEFONICZNIE - ROZMOWA Z EKSPERTEM**

**HASŁO BEZPIECZEŃSTWA:** .....

**UWAGA:** Jeśli chcą Państwo uzyskać informację o wyniku telefonicznie lub e-mailem konieczne jest wpisanie ustalonego przez siebie hasła bezpieczeństwa. Hasło służy do potwierdzenia tożsamości.

### OŚWIADCZENIE ZAMAWIAJĄCEGO BADANIE

**Jest mi znany typ zamawianego badania, jego warunki, cena, termin realizacji oraz metoda badawcza.**

Zgadzam się na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, pozycja 833). Zastrzegam, że te informacje mogą być wykorzystane wyłącznie w celu zrealizowania zamawianej przeze mnie usługi.

**Zostałem poinformowany o tym, że:**

1. Wyzolowane DNA będzie przechowywane do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach. Istnieje jednak ryzyko jego degradacji (proces naturalny), dlatego może zaistnieć konieczność ponownego pobrania materiału.
2. W sytuacji, gdy laboratorium (z przyczyn niezależnych) nie jest w stanie wydać informatywnego wyniku może zaistnieć konieczność włączenia do badania dodatkowych próbek.
3. W niektórych przypadkach wynik może być niejednoznacznie lub niewłaściwie zinterpretowany np. gdy:
  - 3.1 Pokrewieństwo pomiędzy członkami danej rodziny jest inne niż deklarowane.
  - 3.2 Wykonano transfuzję krwi w ciągu dwóch miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych.
4. Jeśli w okresie od pobrania materiału do badań do momentu wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia przed wydaniem wyniku, konieczne będzie podpisanie formularza "Deklaracja Świadomej zgody".
5. Dane osobowe, co do których nie została wyrażona prawidłowo zgoda na ich przetwarzanie, nie zostaną uwzględnione w procesie badania.
6. Jestem świadomy, że wynik badania nie ma wartości dowodowej w postępowaniu sądowym. Oświadczam, że załączone próbki od osób pełnoletnich zostały pobrane za ich zgodą i wiedzą, a od osób niepełnoletnich za zgodą ich prawnych opiekunów.
7. Mam prawo do uczestnictwa w badaniach jako obserwator.
8. Mam prawo do złożenia skargi i/lub rezygnacji.
9. Mam prawo do wglądu do dokumentacji dotyczącej zapewnienia jakości badań i pomiarów w stosunku do metod, które miały zastosowanie przy realizacji zlecenia.

**Ja, niżej podpisany/a świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań: oświadczam i potwierdzam zgodność i autentyczność złożonego powyżej oświadczenia.**

**Uwaga: Podpis we wszystkich polach zaznaczonych na żółto jest wymagany**



Data i czytelny podpis osoby zamawiającej badanie

Imię i nazwisko zleceniodawcy:   
PESEL:   
Adres:   
Telefon/Email:

Numer zlecenia:  
Wypełnia laboratorium   
Data i godzina przyjęcia  
materiału do laboratorium:

OSOBA 1

OSOBA 2

OSOBA 3

OSOBA 4

<p>IMIĘ: .....</p> <p>NAZWISKO: .....</p> <p>STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA: .....</p> <p>PESEL: .....</p> <p>Data urodzenia: .....</p> <p>Płeć: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA</p> <p>Data pobrania materiału: .....</p> <p><input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ</p> <p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania. W przypadku osoby niepełnoletniej podpis powinien złożyć prawny opiekun</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>podpis</p>	<p>IMIĘ: .....</p> <p>NAZWISKO: .....</p> <p>STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA: .....</p> <p>PESEL: .....</p> <p>Data urodzenia: .....</p> <p>Płeć: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA</p> <p>Data pobrania materiału: .....</p> <p><input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ</p> <p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania. W przypadku osoby niepełnoletniej podpis powinien złożyć prawny opiekun</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>podpis</p>	<p>IMIĘ: .....</p> <p>NAZWISKO: .....</p> <p>STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA: .....</p> <p>PESEL: .....</p> <p>Data urodzenia: .....</p> <p>Płeć: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA</p> <p>Data pobrania materiału: .....</p> <p><input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ</p> <p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania. W przypadku osoby niepełnoletniej podpis powinien złożyć prawny opiekun</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>podpis</p>	<p>IMIĘ: .....</p> <p>NAZWISKO: .....</p> <p>STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA: .....</p> <p>PESEL: .....</p> <p>Data urodzenia: .....</p> <p>Płeć: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA</p> <p>Data pobrania materiału: .....</p> <p><input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ</p> <p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania. W przypadku osoby niepełnoletniej podpis powinien złożyć prawny opiekun</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>podpis</p>
---	---	---	---

Powyższe dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji złożonego zamówienia, na podstawie art. 23 ustęp 1. punkt 1) oraz art. 23 ustęp 1. punkt 3) ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn.zm.), przez to testDNA Laboratorium Sp. z o.o. z siedzibą w Katowicach przy ul. Słonecznej 4, zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla Katowice-Wschód w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000485925, NIP: 6342822748, Regon: 243413225. Osobie podającej dane przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania

RODZAJ BADANIA

Analiza chromosomu Y  Analiza mitochondrialnego DNA (mtDNA)  
 Analiza chromosomu X  Analiza pokrewieństwa na podstawie analizy statystycznej

Cel badania (proszę opisać)

Deklarowane pokrewieństwo wobec osób badanych i innych członków rodziny mogące mieć wpływ na wynik badań.

### INFORMACJA O WYNIKU

Zamawiający oświadcza, że chciałby, aby wynik został mu przekazany w następujący sposób (można wybrać kilka opcji):

**LISTOWNIE**

Adres do korespondencji:

IMIĘ I NAZWISKO: .....

ADRES: .....

**Dyskretne** (bez pieczętki laboratorium na kopercie)

**E-MAILEM:** .....

**TELEFONICZNIE:** .....

**TELEFONICZNIE - ROZMOWA Z EKSPERTEM**

**HASŁO BEZPIECZEŃSTWA:** .....

**UWAGA:** Jeśli chcą Państwo uzyskać informację o wyniku telefonicznie lub e-mailem konieczne jest wpisanie ustalonego przez siebie hasła bezpieczeństwa. Hasło służy do potwierdzenia tożsamości.

### OŚWIADCZENIE ZAMAWIAJĄCEGO BADANIE

**Jest mi znany typ zamawianego badania, jego warunki, cena, termin realizacji oraz metoda badawcza.**

Zgadzam się na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, pozycja 833). Zastrzegam, że te informacje mogą być wykorzystane wyłącznie w celu zrealizowania zamawianej przeze mnie usługi.

**Zostałem poinformowany o tym, że:**

1. Wyzolowane DNA będzie przechowywane do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach. Istnieje jednak ryzyko jego degradacji (proces naturalny), dlatego może zaistnieć konieczność ponownego pobrania materiału.
2. W sytuacji, gdy laboratorium (z przyczyn niezależnych) nie jest w stanie wydać informatywnego wyniku może zaistnieć konieczność włączenia do badania dodatkowych próbek.
3. W niektórych przypadkach wynik może być niejednoznacznie lub niewłaściwie zinterpretowany np. gdy:
  - 3.1 Pokrewieństwo pomiędzy członkami danej rodziny jest inne niż deklarowane.
  - 3.2 Wykonano transfuzję krwi w ciągu dwóch miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych.
4. Jeśli w okresie od pobrania materiału do badań do momentu wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia przed wydaniem wyniku, konieczne będzie podpisanie formularza "Deklaracja Świadomej zgody".
5. Dane osobowe, co do których nie została wyrażona prawidłowo zgoda na ich przetwarzanie, nie zostaną uwzględnione w procesie badania.
6. Jestem świadomy, że wynik badania nie ma wartości dowodowej w postępowaniu sądowym. Oświadczam, że załączone próbki od osób pełnoletnich zostały pobrane za ich zgodą i wiedzą, a od osób niepełnoletnich za zgodą ich prawnych opiekunów.
7. Mam prawo do uczestnictwa w badaniach jako obserwator.
8. Mam prawo do złożenia skargi i/lub rezygnacji.
9. Mam prawo do wglądu do dokumentacji dotyczącej zapewnienia jakości badań i pomiarów w stosunku do metod, które miały zastosowanie przy realizacji zlecenia.

**Ja, niżej podpisany/a świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań: oświadczam i potwierdzam zgodność i autentyczność złożonego powyżej oświadczenia.**

**Uwaga: Podpis we wszystkich polach zaznaczonych na żółto jest wymagany**



Data i czytelny podpis osoby zamawiającej badanie