

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

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

Poniższe 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

Wybieram badanie Express 24h 
zgodnie z Cennikiem

DOMNIEMANY OJCIEC

DZIECKO

MATKA

REZERWA

<p>IMIĘ:</p> <p>NAZWISKO:</p> <p>PESEL:</p> <p>Data urodzenia:</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.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>podpis</p>	<p>IMIĘ:</p> <p>NAZWISKO:</p> <p>PESEL:</p> <p>Data urodzenia:</p> <p>Płeć: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA</p> <p>Data pobrania materiału:</p> <p><input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ</p> <p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia badania. Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>podpis prawnego opiekuna lub pełnoletniego dziecka</p>	<p>IMIĘ:</p> <p>NAZWISKO:</p> <p>PESEL:</p> <p>Data urodzenia:</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.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>podpis</p>	<p>IMIĘ:</p> <p>NAZWISKO:</p> <p>PESEL:</p> <p>Data urodzenia:</p> <p>Płeć: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA</p> <p>Data pobrania materiału:</p> <p><input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> WYMAZ</p> <p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia badania. Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>podpis</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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:

E-MAILEM:

TELEFONICZNIE:

Dyskretne (bez pieczętki laboratorium na kopercie)

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.

Dyskretne (bez pieczętki laboratorium na kopercie)

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na utylizację próbki po zakończeniu (niepotrzebne skreślić)

OŚWIADCZENIE ZAMAWIAJĄCEGO BADANIE

Jest mi znany typ zamawianego badania, jego warunki, cena, termin realizacji oraz metoda badawcza (Procedura Badawcza PB-01 „Ustalenie ojcostwa na podstawie analizy DNA z zastosowaniem multipleksowej amplifikacji polimorficznych loci STR”, wydanie 04 z dnia 11.06.2016.)

Matka dziecka nie jest biologicznie spokrewniona z domniemanym ojcem. Rozważani potencjalni ojcowie nie są krewnymi pierwszego lub drugiego stopnia.

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:

- Wyizolowane DNA będzie przechowywane do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach. Istnieje jednak ryzyko jego degradacji (proces naturalny), dlatego może zaistnieć konieczność ponownego pobrania materiału. Po zakończonym badaniu wymazówki utylizuje się. Lizat DNA przechowuje się do 1 roku po czym utylizuje.
- W sytuacji, gdy laboratorium (z przyczyn niezależnych) nie jest w stanie wydać informatywnego wyniku może zaistnieć konieczność włączenia do badania dodatkowych próbek.
- W niektórych przypadkach wynik może być niejednoznacznie lub niewłaściwie zinterpretowany np. gdy:
 - 1 Pokrewieństwo pomiędzy członkami danej rodziny jest inne niż deklarowane.
 - 2 Wykonano transfuzję krwi w ciągu dwóch miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych.
- 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".
- Uzyskałem zgodę matki/prawnego opiekuna dziecka na użycie pobranego wymazu/krwi/inne w celu izolacji DNA i wykonania badań molekularnych mających na celu analizę pokrewieństwa.
- Dane osobowe, co do których nie została wyrażona prawidłowo zgoda na ich przetwarzanie, nie zostaną uwzględnione w procesie badania.
- 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.
- Mam prawo do uczestnictwa w badaniach jako obserwator.
- Mam prawo do złożenia skargi i/lub rezygnacji.
- 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:

Poniższe 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

Wybieram badanie Express 24h 
zgodnie z Cennikiem

DOMNIEMANY OJCIEC

DZIECKO

MATKA

REZERWA

IMIĘ:

NAZWISKO:

PESEL:

Data urodzenia:

Data pobrania materiału:

KREW WYMAZ

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania.

podpis

IMIĘ:

NAZWISKO:

PESEL:

Data urodzenia:

Płeć: KOBIETA MĘŻCZYZNA

Data pobrania materiału:

KREW WYMAZ

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia badania. Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.

podpis prawnego opiekuna lub pełnoletniego dziecka

IMIĘ:

NAZWISKO:

PESEL:

Data urodzenia:

Data pobrania materiału:

KREW WYMAZ

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania.

podpis

IMIĘ:

NAZWISKO:

PESEL:

Data urodzenia:

Płeć: KOBIETA MĘŻCZYZNA

Data pobrania materiału:

KREW WYMAZ

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia badania. Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.

podpis

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:

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.

Dyskretne (bez pieczętki laboratorium na kopercie)

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na utylizację próbki po zakończeniu (niepotrzebne skreślić)

OŚWIADCZENIE ZAMAWIAJĄCEGO BADANIE

Jest mi znany typ zamawianego badania, jego warunki, cena, termin realizacji oraz metoda badawcza (Procedura Badawcza PB-01 „Ustalenie ojcostwa na podstawie analizy DNA z zastosowaniem multipleksowej amplifikacji polimorficznych loci STR”, wydanie 04 z dnia 11.06.2016.)

Matka dziecka nie jest biologicznie spokrewniona z domniemanym ojcem. Rozważani potencjalni ojcowie nie są krewnymi pierwszego lub drugiego stopnia.

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:

- Wyizolowane DNA będzie przechowywane do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach. Istnieje jednak ryzyko jego degradacji (proces naturalny), dlatego może zaistnieć konieczność ponownego pobrania materiału. Po zakończonym badaniu wymazówki utylizuje się. Lizat DNA przechowuje się do 1 roku po czym utylizuje.
- W sytuacji, gdy laboratorium (z przyczyn niezależnych) nie jest w stanie wydać informatywnego wyniku może zaistnieć konieczność włączenia do badania dodatkowych próbek.
- W niektórych przypadkach wynik może być niejednoznacznie lub niewłaściwie zinterpretowany np. gdy:
 - Pokrewieństwo pomiędzy członkami danej rodziny jest inne niż deklarowane.
 - Wykonano transfuzję krwi w ciągu dwóch miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych.
- 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".
- Uzyskałem zgodę matki/prawnego opiekuna dziecka na użycie pobranego wymazu/krwi/inne w celu izolacji DNA i wykonania badań molekularnych mających na celu analizę pokrewieństwa.
- Dane osobowe, co do których nie została wyrażona prawidłowo zgoda na ich przetwarzanie, nie zostaną uwzględnione w procesie badania.
- 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.
- Mam prawo do uczestnictwa w badaniach jako obserwator.
- Mam prawo do złożenia skargi i/lub rezygnacji.
- 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