

FORMULARZ ZAMÓWIENIA BADANIA Z DANymi OSOBOWymi
ORYGINAŁ DLA LABORATORIUM

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

DANE OSOBY ZLECAJĄCEJ:

Imię i nazwisko zleceniodawcy*: PESEL:
Adres: Telefon*:

DANE OSÓB BADANYCH:

DOMNIEMANY OJCIEC:	DZIECKO:	DZIECKO 2:	MATKA:
IMIĘ*: <input type="text"/>	IMIĘ*: <input type="text"/>	IMIĘ**: <input type="text"/>	IMIĘ**: <input type="text"/>
NAZWISKO*: <input type="text"/>	NAZWISKO*: <input type="text"/>	NAZWISKO**: <input type="text"/>	NAZWISKO**: <input type="text"/>
PESEL / Data urodzenia: <input type="text"/>	PESEL / Data urodzenia: <input type="text"/>	PESEL / Data urodzenia: <input type="text"/>	PESEL / Data urodzenia: <input type="text"/>
Data pobrania materiału: <input type="text"/>	Płeć*: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA	Płeć**: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA	Data pobrania materiału: <input type="text"/>
Rodzaj materiału*: <input type="checkbox"/> WYMAZ <input type="checkbox"/> KREW	Data pobrania materiału: <input type="text"/>	Data pobrania materiału: <input type="text"/>	Rodzaj materiału**: <input type="checkbox"/> WYMAZ <input type="checkbox"/> KREW
	Rodzaj materiału*: <input type="checkbox"/> WYMAZ <input type="checkbox"/> KREW	Rodzaj materiału**: <input type="checkbox"/> WYMAZ <input type="checkbox"/> KREW	

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

podpis domniemanego ojca*

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*

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**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia badania.

podpis**

W JAKI SPOSÓB MAMY PRZEKAZAĆ WYNIK?* (można wybrać obie opcje)

1. ONLINE:

Uwaga! Jeśli chcą Państwo mieć dostęp do informacji o zleconym badaniu oraz uzyskać wynik on-line w panelu <https://klient.testdna.pl>, konieczne jest wpisanie numeru telefonu, adresu e-mail oraz hasła bezpieczeństwa.

TELEFON
E-MAIL
HASŁO BEZPIECZEŃSTWA (wymyśl i zapamiętaj)

2. WYSYŁKOWO: Dyskretnie (bez pieczętki) Tak Nie

Rodzaj wysyłki: list polecony kurier (dotyczy przesyłki krajowej) odbiór osobisty w placówce

Adres do nadania wyniku I:

IMIĘ I NAZWISKO
ULICA I NUMER DOMU
KOD POCZTOWY MIASTO

Adres do nadania wyniku II (opcjonalnie):

IMIĘ I NAZWISKO
ULICA I NUMER DOMU
KOD POCZTOWY MIASTO

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH:

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 Sp. z o.o. Sp. k. z siedzibą w Katowicach przy ul. Bocheńskiego 38 A, zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla Katowice-Wschód w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000836540, NIP: 6342822748, Regon: 243413225. Osobie podającej dane przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania

Dane osobowe będą przetwarzane przy zachowaniu przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119) w związku z realizacją zlecenia w celu rejestracji i wydania wyników wykonanych badań molekularnych. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do przetworzenia zamówienia. Zostałem /am poinformowany /a, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawiania. Administratorem danych osobowych jest TESTDNA Sp. z o.o. Sp. k. NIP: 634-282-27-48

OŚWIADCZENIE ZLECENIODAWCY BADANIA:

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 8 z dnia 13.01.2020, pobór próbek nie jest objęty zakresem akredytacji). 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/am poinformowany/a 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 zakończeniu badania 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: 3.1 Pokrewieństwo pomiędzy członkami danej rodziny jest inne niż deklarowane. 3.2 Wykonano transfuzję krwi lub przeszczep szpiku kostnego w ciągu dwóch miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych.

Uwaga: Podpis we wszystkich polach zaznaczonych na żółto jest wymagany

* pola wymagane

** pola wymagane w sytuacji, kiedy w badaniu bierze udział matka lub dodatkowa osoba

- 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/am zgodę matki/prawnego opiekuna dziecka na użycie pobranego wymazu/knwi/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/a, 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.
- Materiał niewykorzystany do badań przechowywany jest przez trzy miesiące od czasu zakończenia zlecenia i wydania sprawozdania. Po tym okresie oddawany jest do utylizacji.
- Jestem świadomy/a, że na wniosek organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości laboratorium ma obowiązek udostępnić dokumentację danego 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.

Data i czytelny podpis osoby zlecającej badanie*

FORMULARZ ZAMÓWIENIA BADANIA Z DANymi OSOBOWymi
KOPIA DLA KLIENTA

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

DANE OSOBY ZLECAJĄCEJ:

Imię i nazwisko zleceniodawcy*: PESEL:
Adres: Telefon*:

DANE OSÓB BADANYCH:

DOMNIEMANY OJCIEC:	DZIECKO:	DZIECKO 2:	MATKA:
IMIĘ*: <input type="text"/>	IMIĘ*: <input type="text"/>	IMIĘ**: <input type="text"/>	IMIĘ**: <input type="text"/>
NAZWISKO*: <input type="text"/>	NAZWISKO*: <input type="text"/>	NAZWISKO**: <input type="text"/>	NAZWISKO**: <input type="text"/>
PESEL / Data urodzenia: <input type="text"/>	PESEL / Data urodzenia: <input type="text"/>	PESEL / Data urodzenia: <input type="text"/>	PESEL / Data urodzenia: <input type="text"/>
Data pobrania materiału: <input type="text"/>	Płeć*: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA	Płeć**: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA	Data pobrania materiału: <input type="text"/>
Rodzaj materiału*: <input type="checkbox"/> WYMAZ <input type="checkbox"/> KREW	Data pobrania materiału: <input type="text"/>	Data pobrania materiału: <input type="text"/>	Rodzaj materiału**: <input type="checkbox"/> WYMAZ <input type="checkbox"/> KREW
<p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> podpis domniemanego ojca*</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"/> podpis prawnego opiekuna lub pełnoletniego dziecka*</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"/> podpis prawnego opiekuna lub pełnoletniego dziecka**</p>			
<p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia badania.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> podpis**</p>			

W JAKI SPOSÓB MAMY PRZEKAZAĆ WYNIK?* (można wybrać obie opcje)

1. ONLINE:

Uwaga! Jeśli chcą Państwo mieć dostęp do informacji o zleconym badaniu oraz uzyskać wynik on-line w panelu <https://klient.testdna.pl>, konieczne jest wpisanie numeru telefonu, adresu e-mail oraz hasła bezpieczeństwa.

TELEFON

E-MAIL

HASŁO BEZPIECZEŃSTWA (wymyśl i zapamiętaj)

2. WYSYŁKOWO: Dyskretnie (bez pieczętki) Tak Nie

Rodzaj wysyłki: list polecony kurier (dotyczy przesyłki krajowej) odbiór osobisty w placówce

Adres do nadania wyniku I:

IMIĘ I NAZWISKO

ULICA I NUMER DOMU

KOD POCZTOWY MIASTO

Adres do nadania wyniku II (opcjonalnie):

IMIĘ I NAZWISKO

ULICA I NUMER DOMU

KOD POCZTOWY MIASTO

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH:

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 Sp. z o.o. Sp. k. z siedzibą w Katowicach przy ul. Bocheńskiego 38 A, zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla Katowice-Wschód w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000836540, NIP: 6342822748, Regon: 243413225. Osobie podającej dane przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania

Dane osobowe będą przetwarzane przy zachowaniu przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119) w związku z realizacją zlecenia w celu rejestracji i wydania wyników wykonanych badań molekularnych. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do przetworzenia zamówienia. Zostałem /am poinformowany /a, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawiania. Administratorem danych osobowych jest TESTDNA Sp. z o.o. Sp. k. NIP: 634-282-27-48

OŚWIADCZENIE ZLECENIODAWCY BADANIA:

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 8 z dnia 13.01.2020, pobór próbek nie jest objęty zakresem akredytacji). 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/am poinformowany/a 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: 3.1 Pokrewieństwo pomiędzy członkami danej rodziny jest inne niż deklarowane. 3.2 Wykonano transfuzję krwi lub przeszczep szpiku kostnego w ciągu dwóch miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych.

Uwaga: Podpis we wszystkich polach zaznaczonych na żółto jest wymagany

* pola wymagane

** pola wymagane w sytuacji, kiedy w badaniu bierze udział matka lub dodatkowa osoba

- 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/am zgodę matki/prawnego opiekuna dziecka na użycie pobranego wymazu/knwi/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/a, 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.
- Materiał niewykorzystany do badań przechowywany jest przez trzy miesiące od czasu zakończenia zlecenia i wydania sprawozdania. Po tym okresie oddawany jest do utylizacji.
- Jestem świadomy/a, że na wniosek organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości laboratorium ma obowiązek udostępnić dokumentację danego 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.

Data i czytelny podpis osoby zlecającej badanie*