

FORMULARZ ZAMÓWIENIA BADANIA Z DANymi OSOBOWymi

DANE OSOBY ZLECAJĄCEJ:

**Ważne! Wynik badania dostępny będzie w panelu pacjenta pod adresem: <https://klient.testdna.pl>. Do zalogowania NIEZBĘDNE jest podanie prawidłowego adresu e-mail oraz numeru telefonu. Nieczytelne wpisanie danych może uniemożliwić odbiór wyniku.**

Imię i nazwisko zleceniodawcy\*:

E-mail\*:

Telefon\*:

Hasło bezpieczeństwa do kontaktu z laboratorium. WYMYŚL I ZAPAMIĘTAJ\*:

DANE OSÓB BADANYCH:

DOMNIEMANY OJCIEC:

IMIĘ\*:

NAZWISKO\*:

PESEL / Data urodzenia\*:

Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału\*:

- WYMAZ  
 MIKROŚLAD jaki:

1. ....  
2. ....  
3. ....

Czy Pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku\*  TAK  NIE

Czy Pacjent miał wykonywaną transfuzję krwi\*  TAK  NIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO znajdującą się na stronie internetowej [www.testdna.pl/rodo](http://www.testdna.pl/rodo)

podpis domniemanego ojca\*

DZIECKO:

IMIĘ\*:

NAZWISKO\*:

PESEL / Data urodzenia\*:

Płeć\*:  KOBIETA  MĘŻCZYZNA

Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału\*:

- WYMAZ  
 MIKROŚLAD jaki:

1. ....  
2. ....  
3. ....

Czy Pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku\*  TAK  NIE

Czy Pacjent miał wykonywaną transfuzję krwi\*  TAK  NIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO znajdującą się na stronie internetowej [www.testdna.pl/rodo](http://www.testdna.pl/rodo)  
Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.

podpis prawnego opiekuna lub pełnoletniego dziecka\*

DZIECKO 2:

IMIĘ\*:

NAZWISKO\*:

PESEL / Data urodzenia\*:

Płeć\*:  KOBIETA  MĘŻCZYZNA

Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału\*:

- WYMAZ  
 MIKROŚLAD jaki:

1. ....  
2. ....  
3. ....

Czy Pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku\*  TAK  NIE

Czy Pacjent miał wykonywaną transfuzję krwi\*  TAK  NIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO znajdującą się na stronie internetowej [www.testdna.pl/rodo](http://www.testdna.pl/rodo)  
Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.

podpis prawnego opiekuna lub pełnoletniego dziecka\*\*

MATKA:

IMIĘ\*:

NAZWISKO\*:

PESEL / Data urodzenia\*:

Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału\*\*:

- WYMAZ  
 MIKROŚLAD jaki:

1. ....  
2. ....  
3. ....

Czy Pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku\*  TAK  NIE

Czy Pacjent miał wykonywaną transfuzję krwi\*  TAK  NIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO znajdującą się na stronie internetowej [www.testdna.pl/rodo](http://www.testdna.pl/rodo)

podpis\*\*

OŚWIADCZENIE ZLECENIODAWCY BADANIA:

Ja, niżej podpisany/a świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań oraz odpowiedzialności cywilnej za wyrządzoną szkodę oświadczam, że:

- Podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.
- 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 multiplexowej amplifikacji polimorficznych loci STR”, wydanie 11 z dnia 06.06.2022, pobór próbek nie jest objęty zakresem akredytacji).
- Matka dziecka nie jest biologicznie spokrewniona z domniemanym ojcem, a rozważani potencjalni ojcowie nie są krewnymi pierwszego lub drugiego stopnia.
- Zleceniodawca badania jest osobą pełnoletnią.

Jednocześnie zobowiązuje się do uregulowania opłaty w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze od dnia złożenia niniejszego zamówienia oraz przyjmując do wiadomości, że testDNA Sp. z o.o. uprawniona jest do wstrzymania się z realizacją badania do dnia uregulowania opłaty oraz windykacji należności.

Zostałem/am poinformowany/a o tym, że:

- 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: wykonano przeszczep szpiku kostnego, pokrewieństwo pomiędzy członkami danej rodziny jest inne niż deklarowane lub wykonano transfuzję krwi w ciągu trzech miesięcy przed pobraniem materiału do badań DNA.

- 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/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/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. Lizat DNA przechowuje się do 1 roku po czym utylizuje.
- Jestem świadomy/a, że na wniosek organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości laboratorium ma obowiązek udostępnić dokumentację danego zlecenia.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO znajdującą się na stronie internetowej [www.testdna.pl/rodo](http://www.testdna.pl/rodo)

**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

Data i czytelny podpis osoby zlecającej badanie\*