



SKIEROWANIE NA WYKONANIE BADAŃ GENETYCZNYCH

Nr zlecenia (uzupełnia laboratorium)

.....

Jednostka zlecająca

Badanie prywatne NFZ

DANE PACJENTA

Do zlecenia badania **niezbędne jest wypełnienie** Deklaracji Świadomej Zgody.

Prosimy starannie wypełnić drukowanymi literami.

Nazwisko pacjenta:										
Imię pacjenta:										
PESEL:										
Data urodzenia:									Płeć:	
Adres zamieszkania:										
Adres e-mail:										
Numer telefonu:										
Rodzaj badania:	<input type="radio"/> Badanie mutacji w genie BRCA1 <input type="radio"/> Badanie mutacji w genie BRCA2 <input type="radio"/> Badanie mutacji w genie PALB2 <input type="radio"/> Badanie mutacji w genie BRCA1/2 NGS					<input type="radio"/> Badanie mutacji w genie CDKN2A <input type="radio"/> Badanie mutacji w genie NOD2 <input type="radio"/> Badanie mutacji w genie CHEK2 <input type="radio"/> Badanie mutacji w 236 genach związanych z rozwojem autyzmu.				
Rodzaj materiału:	<input type="radio"/> Krew pełna (EDTA) <input type="radio"/> Wymaz ginekologiczny									
Data i godzina pobrania materiału:										
Uwagi:										

Podpis i pieczęć lekarza zlecającego:

Podpis i pieczęć osoby pobierającej:



Deklaracja Świadomej Zgody Pacjenta

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Adres: _____

***Zaznaczenie TAK jest są niezbędne do wykonania zleconego badania.**

*** 1. Wyrażam zgodę na użycie powierzonych materiału do celów związanych z wykonaniem badań diagnostycznych, w tym analizy DNA/RNA.**

TAK NIE

*** 2. Wyrażam zgodę na gromadzenie moich danych osobowych oraz wyniku moich badań do celów związanych z wykonaniem badań diagnostycznych zgodnie z niniejszym zleceniem oraz przekazanie mi wyniku tych badań.**

TAK NIE

*** 3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w skierowaniu, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000). Podanie danych osobowych przez pacjenta w celu wykonania zleconych badań jest wymogiem ustawowym (art. 25 ust. 1 Ustawy z dnia 06 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).**

TAK NIE

*** 4. Wyrażam zgodę na archiwizowanie i powierzenie moich danych osobowych (w tym danych wrażliwych) w bazach danych placówek diagnostycznych wykonujących zlecone badania.**

TAK NIE

*** 5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych takich jak: adres mailowy i numer telefonu, w celu udostępnienia mi wyników ON-LINE**

TAK NIE

6. Wyrażam zgodę na przechowywanie i **anonimowe** użycie materiału genetycznego do badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat danej jednostki chorobowej oraz opracowywania i walidowania testów diagnostycznych służących celom zdrowotnym.

TAK NIE

7. Wyrażam zgodę na **anonimowe** udostępnianie materiału genetycznego innym podmiotom (na terenie Polski), mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat danej jednostki chorobowej oraz opracowywania i walidowania testów diagnostycznych służących celom zdrowotnym.

TAK NIE

8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie oraz gromadzenie moich danych osobowych, wyżej wymienionych oraz wyniku moich badań do celów wykonania badań naukowych na terenie Polski.

TAK NIE

9. Wyrażam zgodę na **anonimowe** udostępnianie materiału genetycznego innym podmiotom (poza granice kraju), mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat danej jednostki chorobowej oraz opracowywania i walidowania testów diagnostycznych służących celom zdrowotnym.

TAK NIE

10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie oraz gromadzenie moich danych osobowych, wyżej wymienionych oraz wyników moich badań do celów wykonania badań naukowych poza granicami kraju.

TAK NIE

Zostałam/em poinformowana/y o możliwości modyfikacji oraz wycofania mojej zgody w dowolnym momencie oraz o prawie wglądu w moje dane osobowe, a także, iż ich podanie jest dobrowolne.

Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y, że z powodu podania niepełnych danych osobowych, w przyszłości nie będzie możliwe powoływanie się na wyniki tych badań ani ich odtwarzanie.

Miejscowość i data -----

Podpis pacjenta-----