

UWAGA! Warunkiem zlecenia badania jest uzyskanie zgody na przetwarzanie danych osobowych od wszystkich osób, których dane są przekazywane.

Imię i nazwisko os. zamawiającej:

PESEL:

Adres:

Telefon/Email:

Numer Zlecenia:
Wypełnia laboratorium

Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium:

DOMNIEMANY OJCIEC	DZIECKO	MATKA	REZERWA
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: <input type="text"/>	PESEL: <input type="text"/>	PESEL: <input type="text"/>	PESEL: <input type="text"/>
Data urodzenia: <input type="text"/>	Data urodzenia: <input type="text"/>	Data urodzenia: <input type="text"/>	Data urodzenia: <input type="text"/>
Data pobrania materiału: <input type="text"/>	Data pobrania materiału: <input type="text"/>	Data pobrania materiału: <input type="text"/>	Data pobrania materiału: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Krew <input type="checkbox"/> Wymaz	<input type="checkbox"/> Krew <input type="checkbox"/> Wymaz	<input type="checkbox"/> Krew <input type="checkbox"/> Wymaz	<input type="checkbox"/> Krew <input type="checkbox"/> Wymaz
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia badania.	Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia badania / Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.	Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia badania.	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 Podpis Podpis Podpis

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

INFORMACJA O WYNIKU

Zamawiający oświadcza, że chciałby zostać poinformowany o wyniku testu (można zaznaczyć kilka opcji):

Telefonicznie Faxem Listownie Poczta elektroniczną (e-mail)

Tel./Fax/Email:

Hasło:

Adres, na który ma zostać wysłany wynik badania:

Imię i Nazwisko:

Adres:

Dyskretnie (bez pieczętki laboratorium na kopercie)

UWAGA! Jeśli chcą Państwo uzyskać informacje o przebiegu badania bądź wyniku telefonicznie/mailowo konieczne jest podanie numeru telefonu/adresu e-mail i ustalonego przez siebie hasła.

OŚWIADCZENIE ZAMAWIAJĄCEGO BADANIE

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

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.
- 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: złożenie podpisu osoby zamawiającej badanie jest niezbędne do wykonania badania

Data i podpis (czytelny) osoby zamawiającej
SLD-01

UWAGA! Warunkiem zlecenia badania jest uzyskanie zgody na przetwarzanie danych osobowych od wszystkich osób, których dane są przekazywane.

Imię i nazwisko os. zamawiającej:

PESEL:

Adres:

Telefon/Email:

Numer Zlecenia:
Wypełnia laboratorium

Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium:

DOMNIEMANY OJCIEC	DZIECKO	MATKA	REZERWA
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: <input type="text"/>	PESEL: <input type="text"/>	PESEL: <input type="text"/>	PESEL: <input type="text"/>
Data urodzenia: <input type="text"/>	Data urodzenia: <input type="text"/>	Data urodzenia: <input type="text"/>	Data urodzenia: <input type="text"/>
Data pobrania materiału: <input type="text"/>	Data pobrania materiału: <input type="text"/>	Data pobrania materiału: <input type="text"/>	Data pobrania materiału: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Krew <input type="checkbox"/> Wymaz	<input type="checkbox"/> Krew <input type="checkbox"/> Wymaz	<input type="checkbox"/> Krew <input type="checkbox"/> Wymaz	<input type="checkbox"/> Krew <input type="checkbox"/> Wymaz
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia badania.	Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia badania / Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.	Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia badania.	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 Podpis Podpis Podpis

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

INFORMACJA O WYNIKU

Zamawiający oświadcza, że chciałby zostać poinformowany o wyniku testu (można zaznaczyć kilka opcji):

Telefonicznie Faxem Listownie Poczta elektroniczną (e-mail)

Tel./Fax/Email:

Hasło:

Adres, na który ma zostać wysłany wynik badania:

Imię i Nazwisko:

Adres:

Dyskretnie (bez pieczętki laboratorium na kopercie)

UWAGA! Jeśli chcą Państwo uzyskać informacje o przebiegu badania bądź wyniku telefonicznie/mailowo konieczne jest podanie numeru telefonu/adresu e-mail i ustalonego przez siebie hasła.

OŚWIADCZENIE ZAMAWIAJĄCEGO BADANIE

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

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.
- 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: złożenie podpisu osoby zamawiającej badanie jest niezbędne do wykonania badania

Data i podpis (czytelny) osoby zamawiającej
SLD-01