

**DANE OSOBY ZLECAJĄCEJ:**

**Ważne! Wynik badania dostępny będzie w panelu pacjenta pod adresem: <https://klient.laboratoriumgenetyczne.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\*:

**INFORMACJA O BADANYCH PRÓBKACH:**
**DOMNIEMANY OJCIEC:**

Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału\*:

MIKROŚLAD jaki:

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

WYMAZ

Czy Pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku\*  TAK  NIE

Czy Pacjent miał wykonywaną transfuzję krwi\*  TAK  NIE

**DZIECKO:**

Płeć\*:  KOBIETA  MĘŻCZYZNA

Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału\*:

MIKROŚLAD jaki:

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

WYMAZ

Czy Pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku\*  TAK  NIE

Czy Pacjent miał wykonywaną transfuzję krwi\*  TAK  NIE

**DZIECKO 2:**

Płeć\*:  KOBIETA  MĘŻCZYZNA

Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału\*\*:

MIKROŚLAD jaki:

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

WYMAZ

Czy Pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku\*  TAK  NIE

Czy Pacjent miał wykonywaną transfuzję krwi\*  TAK  NIE

**MATKA:**

Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału\*\*:

MIKROŚLAD jaki:

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

WYMAZ

Czy Pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku\*  TAK  NIE

Czy Pacjent miał wykonywaną transfuzję krwi\*  TAK  NIE

**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:

1. Podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.
2. Jest mi znany typ zamawianego badania, jego warunki, cena, termin realizacji oraz metoda badawcza.
3. Matka dziecka nie jest biologicznie spokrewniona z domniemanym ojcem, a rozważani potencjalni ojcowie nie są krewnymi pierwszego lub drugiego stopnia.
4. Zleceniodawca badania jest osobą pełnoletnią.

Jednocześnie zobowiązuję się do uregulowania opłaty w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze od dnia złożenia niniejszego zamówienia oraz przyjmuję 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:**

1. W sytuacji, gdy laboratorium (z przyczyn niezależnych) nie jest w stanie wydać informatywnego wyniku, może zaistnieć konieczność włączenia do badania dodatkowych próbek.

2. 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.
3. Materiał genetyczny przesyłany łącznie z danymi osobowymi również stanowi daną osobową. W przypadku podania danych osobowych osoby, która nie wyrazi zgody na ich przetwarzanie, dane osobowe będą musiały zostać zniszczone, a materiał genetyczny odesłany.
4. Jestem świadomy/a, że wynik badania, którego przeprowadzenie niniejszym zlecam, nie ma wartości dowodowej w postępowaniu sądowym.
5. Mam prawo do uczestnictwa w badaniach jako obserwator.
6. Mam prawo do złożenia skargi i/lub rezygnacji.
7. Mam prawo do wglądu do dokumentacji dotyczącej zapewnienia jakości badań i pomiarów w stosunku do metod, które miały zastosowanie przy realizacji zlecenia.
8. 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.
9. 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\*