

FORMULARZ ZLECENIA TESTU OJCOSTWA

EGZEMPLARZ DLA LABORATORIUM

UWAGA! Warunkiem zlecenia badania jest uzyskanie zgody na przetwarzanie danych osobowych od wszystkich uczestników badania.**IMIĘ I NAZWISKO ZLECENIODAWCY:**

PESEL:

Adres:

Telefon/Email:

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

Poniższe 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

WYKONAJ BADANIE ROZSZERZONE**Analiza 24 markerów DNA:** TAK**Gwarancja na próbki:** wymazy z policzka mikroślady**Szybszy wynik (dotyczy wymazów):** 3-5 dni roboczych 5-7 dni roboczych**DANE OSÓB BADANYCH****OJCIEC**

IMIĘ:

NAZWISKO:

PESEL:

Data urodzenia:

Płeć: K M

Data pobrania materiału:

 KREW WYMAZ

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

podpis

DZIECKO

IMIĘ:

NAZWISKO:

PESEL:

Data urodzenia:

Płeć: K M

Data pobrania materiału:

 KREW WYMAZWyrażam zgodę na przetwarzanie moich 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**REZERWA**

IMIĘ:

NAZWISKO:

PESEL:

Data urodzenia:

Płeć: K M

Data pobrania materiału:

 KREW WYMAZWyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania/
Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.

podpis

REZERWA

IMIĘ:

NAZWISKO:

PESEL:

Data urodzenia:

Płeć: K M

Data pobrania materiału:

 KREW WYMAZWyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania/
Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.

podpis

INFORMACJA O WYNIKU

Zamawiający oświadcza, że chciałby, aby wynik został mu przekazany w następujący sposób (można wybrać kilka opcji):

 LISTOWNIE

Adres do korespondencji:

IMIĘ I NAZWISKO:

ADRES:

 Dyskretne (bez pieczętki laboratorium na kopercie)

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na utylizację próbki po zakończeniu (niepotrzebne skreślić)

UWAGA: Jeśli chcą Państwo uzyskać informację o wyniku telefonicznie lub e-mailem konieczne jest wpisanie ustalonego przez siebie hasła bezpieczeństwa. Hasło służy do potwierdzenia tożsamości. **E-mailem:** **Telefonicznie****Hasło bezpieczeństwa:****OŚWIADCZENIE ZLECENIODAWCY BADANIA****Ja, niżej podpisany/a świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań oraz cywilnej za wyrządzoną szkodę, oświadczam iż:**

- Jest mi znany typ zamawianego badania, jego warunki, cena, termin realizacji oraz metoda badawcza.
- Załączone próbki krwi / wymazy, pobrane w celu izolacji DNA i wykonania badań molekularnych mających na celu analizę pokrewieństwa, zostały pobrane:
 - od osób pełnoletnich - za ich wiedzą i zgodą;
 - niepełnoletniego dziecka - za zgodą jego matki / prawnego opiekuna.
- Matka dziecka nie jest biologicznie spokrewniona z domniemanym ojcem. Rozważani potencjalni ojcowie nie są krewnymi pierwszego lub drugiego stopnia.
- Zostałem poinformowany o tym, że:
 - Wyizolowane DNA będzie przechowywane do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach. Istnieje jednak ryzyko jego degradacji (proces naturalny). W sytuacji, gdy laboratorium 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 lub wykonano transfuzję krwi w ciągu dwóch miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych.
- Jeżeli 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".
- Materiał genetyczny przesyłany łącznie z danymi osobowymi stanowi daną osobową. Stąd też, w przypadku podania danych osobowych osoby, która nie wyrazi zgody na ich przetwarzanie, zarówno dane osobowe jak i przesłany materiał genetyczny będą musiały być odesłane lub zniszczone.
- Jestem świadomy, że wynik badania, którego przeprowadzenie niniejszym zlecam, nie ma wartości dowodowej w postępowaniu sądowym.
- 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.

Data i czytelny podpis osoby zamawiającej badanie

UWAGA! Warunkiem zlecenia badania jest uzyskanie zgody na przetwarzanie danych osobowych od wszystkich uczestników badania.

IMIĘ I NAZWISKO ZLECENIODAWCY:

PESEL:

Adres:

Telefon/Email:

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

Poniższe 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

WYKONAJ BADANIE ROZSZERZONE**Analiza 24 markerów DNA:** TAK**Gwarancja na próbki:** wymazy z policzka mikroślady**Szybszy wynik (dotyczy wymazów):** 3-5 dni roboczych 5-7 dni roboczych**DANE OSÓB BADANYCH****OJCIEC**

IMIĘ:

NAZWISKO:

PESEL:

Data urodzenia:

Płeć: K M

Data pobrania materiału:

 KREW WYMAZ

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

podpis

DZIECKO

IMIĘ:

NAZWISKO:

PESEL:

Data urodzenia:

Płeć: K M

Data pobrania materiału:

 KREW WYMAZWyrażam zgodę na przetwarzanie moich 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**REZERWA**

IMIĘ:

NAZWISKO:

PESEL:

Data urodzenia:

Płeć: K M

Data pobrania materiału:

 KREW WYMAZWyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania/
Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.

podpis

REZERWA

IMIĘ:

NAZWISKO:

PESEL:

Data urodzenia:

Płeć: K M

Data pobrania materiału:

 KREW WYMAZWyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania/
Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.

podpis

INFORMACJA O WYNIKU

Zamawiający oświadcza, że chciałby, aby wynik został mu przekazany w następujący sposób (można wybrać kilka opcji):

 LISTOWNIE

Adres do korespondencji:

IMIĘ I NAZWISKO:

ADRES:

 Dyskretne (bez pieczętki laboratorium na kopercie)

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na utylizację próbki po zakończeniu (niepotrzebne skreślić)

UWAGA: Jeśli chcą Państwo uzyskać informację o wyniku telefonicznie lub e-mailem konieczne jest wpisanie ustalonego przez siebie hasła bezpieczeństwa. Hasło służy do potwierdzenia tożsamości. **E-mailem:** **Telefonicznie****Hasło bezpieczeństwa:****OŚWIADCZENIE ZLECENIODAWCY BADANIA****Ja, niżej podpisany/a świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań oraz cywilnej za wyrządzoną szkodę, oświadczam iż:**

- Jest mi znany typ zamawianego badania, jego warunki, cena, termin realizacji oraz metoda badawcza.
- Załączone próbki krwi / wymazy, pobrane w celu izolacji DNA i wykonania badań molekularnych mających na celu analizę pokrewieństwa, zostały pobrane:
 - od osób pełnoletnich - za ich wiedzą i zgodą;
 - niepełnoletniego dziecka - za zgodą jego matki / prawnego opiekuna.
- Matka dziecka nie jest biologicznie spokrewniona z domniemanym ojcem. Rozważani potencjalni ojcowie nie są krewnymi pierwszego lub drugiego stopnia.
- Zostałem poinformowany o tym, że:
 - Wyizolowane DNA będzie przechowywane do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach. Istnieje jednak ryzyko jego degradacji (proces naturalny). W sytuacji, gdy laboratorium 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 lub wykonano transfuzję krwi w ciągu dwóch miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych.
- Jeżeli 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".
- Materiał genetyczny przesyłany łącznie z danymi osobowymi stanowi daną osobową. Stąd też, w przypadku podania danych osobowych osoby, która nie wyrazi zgody na ich przetwarzanie, zarówno dane osobowe jak i przesłany materiał genetyczny będą musiały być odesłane lub zniszczone.
- Jestem świadomy, że wynik badania, którego przeprowadzenie niniejszym zlecem, nie ma wartości dowodowej w postępowaniu sądowym.
- 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.

Data i czytelny podpis osoby zamawiającej badanie