

**FORMULARZ ZLECENIA TESTU OJCOSTWA**

(Badanie z danymi osobowymi) EGZEMPLARZ DLA LABORATORIUM

Numer zlecenia:  
Wypełnia laboratoriumData i godzina przyjęcia  
materiału do laboratorium:**1. Dane osoby zlecającej**IMIĘ I NAZWISKO ZLECENIODAWCY\*: .....  
PESEL: .....  
Adres: .....  
Telefon\*: .....**WAŻNE!** Prosimy o pozostawienie numeru telefonu, ponieważ jakkolwiek informację o Państwie badaniu przekazujemy telefonicznie tylko i wyłącznie dzwoniąc na ten numer. Dla Państwa bezpieczeństwa i ochrony danych nigdy nie przekazujemy informacji kiedy Państwo dzwonią do nas. Po telefonie od Państwa oddzwaniamy na numer z formularza w celu udzielenia informacji.

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

**2. Dane osób badanych****DOMNIEMANY OJCIEC**IMIĘ\*: .....  
NAZWISKO\*: .....  
PESEL/Data urodzenia: .....

Data pobrania materiału: .....

Rodzaj materiału\*:

 KREW  WYMAZ

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



podpis domniemanego ojca\*

**DZIECKO**IMIĘ\*: .....  
NAZWISKO\*: .....  
PESEL/Data urodzenia: .....Płeć\*:  K  M

Data pobrania materiału: .....

Rodzaj materiału\*:

 KREW  WYMAZ

Wyrażam 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\*

**DZIECKO 2**IMIĘ\*\*\*: .....  
NAZWISKO\*\*\*: .....  
PESEL/Data urodzenia: .....Płeć\*\*\*:  K  M

Data pobrania materiału: .....

Rodzaj materiału\*\*:

 KREW  WYMAZ

Wyrażam 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: .....

Rodzaj materiału\*\*:

 KREW  WYMAZ

Wyrażam 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\*\*

**3. W jaki sposób mamy przekazać wynik?\*****1. LISTOWNIE:** Na poniższy adres  Nie chcę otrzymać wyniku listownie

IMIĘ I NAZWISKO: .....

ADRES: .....

 Dyskretne (bez pieczętki laboratorium na kopercie)**2. E-mail:**

Hasło bezpieczeństwa: .....

(wymyśl i zapamiętaj)

Hasło bezpieczeństwa jest wymagane do:

- 1) Potwierdzenia Państwa tożsamości w kontakcie telefonicznym.
- 2) Otwarcia wyniku (plik pdf) wysłanego na podany adres e-mail.

**4. 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:**

1. Jest mi znany typ zamawianego badania, jego warunki, cena, termin realizacji oraz metoda badawcza.
2. Załączone próbki krwi / wymazy, pobrane w celu izolacji DNA i wykonania badań molekularnych mających na celu analizę pokrewieństwa, zostały pobrane:
  - a od osób pełnoletnich - za ich wiedzą i zgodą;
  - b niepełnoletniego dziecka - za zgodą jego matki / prawnego opiekuna.
3. Matka dziecka nie jest biologicznie spokrewniona z domniemanym ojcem. Rozważani potencjalni ojcowie nie są krewnymi pierwszego lub drugiego stopnia.
4. Zostałem poinformowany o tym, że:
  - a) 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.
  - b) 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.
5. 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".
6. 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.
7. Jestem świadomy, że wynik badania, którego przeprowadzenie niniejszym zlecam, nie ma wartości dowodowej w postępowaniu sądowym.
8. Mam prawo do uczestnictwa w badaniach jako obserwator.
9. Mam prawo do złożenia skargi i/lub rezygnacji.
10. Mam prawo do wglądu do dokumentacji dotyczącej zapewnienia jakości badań i pomiarów w stosunku do metod, które miały zastosowanie przy realizacji zlecenia.
11. Materiał nie wykorzystany do badań przechowywany jest przez miesiąc od czasu zakończenia zlecenia i wydania sprawozdania. Po tym okresie oddawany jest utylizacji.

\* pola wymagane

\*\* pola wymagane w sytuacji, kiedy w badaniu bierze udział dodatkowa osoba



Data i czytelny podpis osoby zlecającej badanie\*

**FORMULARZ ZLECENIA TESTU OJCOSTWA**

(Badanie z danymi osobowymi) KOPIA DLA KLIENTA

Numer zlecenia:  
Wypełnia laboratoriumData i godzina przyjęcia  
materiału do laboratorium:**1. Dane osoby zlecającej**IMIĘ I NAZWISKO ZLECENIODAWCY\*: .....  
PESEL: .....  
Adres: .....  
Telefon\*: .....**WAŻNE!** Prosimy o pozostawienie numeru telefonu, ponieważ jakkolwiek informację o Państwa badaniu przekazujemy telefonicznie tylko i wyłącznie dzwoniąc na ten numer. Dla Państwa bezpieczeństwa i ochrony danych nigdy nie przekazujemy informacji kiedy Państwo dzwonią do nas. Po telefonie od Państwa oddzwaniamy na numer z formularza w celu udzielenia informacji.

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

**2. Dane osób badanych****DOMNIEMANY OJCIEC**IMIĘ\*: .....  
NAZWISKO\*: .....  
PESEL/Data urodzenia: .....

Data pobrania materiału: .....

Rodzaj materiału\*:

 KREW  WYMAZ

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



podpis domniemanego ojca\*

**DZIECKO**IMIĘ\*: .....  
NAZWISKO\*: .....  
PESEL/Data urodzenia: .....Płeć\*:  K  M

Data pobrania materiału: .....

Rodzaj materiału\*:

 KREW  WYMAZ

Wyrażam 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\*

**DZIECKO 2**IMIĘ\*\*\*: .....  
NAZWISKO\*\*\*: .....  
PESEL/Data urodzenia: .....Płeć\*\*\*:  K  M

Data pobrania materiału: .....

Rodzaj materiału\*\*:

 KREW  WYMAZ

Wyrażam 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: .....

Rodzaj materiału\*\*\*:

 KREW  WYMAZ

Wyrażam 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\*\*\*

**3. W jaki sposób mamy przekazać wynik?\*****1. LISTOWNIE:** Na poniższy adres  Nie chcę otrzymać wyniku listownie

IMIĘ I NAZWISKO: .....

ADRES: .....

.....

 Dyskretne (bez pieczętki laboratorium na kopercie)**2. E-mail:**

Hasło bezpieczeństwa: .....

(wymyśl i zapamiętaj)

Hasło bezpieczeństwa jest wymagane do:

- 1) Potwierdzenia Państwa tożsamości w kontakcie telefonicznym.
- 2) Otwarcia wyniku (plik pdf) wysłanego na podany adres e-mail.

**4. 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:**

1. Jest mi znany typ zamawianego badania, jego warunki, cena, termin realizacji oraz metoda badawcza.
2. Załączone próbki krwi / wymazy, pobrane w celu izolacji DNA i wykonania badań molekularnych mających na celu analizę pokrewieństwa, zostały pobrane:
  - a od osób pełnoletnich - za ich wiedzą i zgodą;
  - b niepełnoletniego dziecka - za zgodą jego matki / prawnego opiekuna.
3. Matka dziecka nie jest biologicznie spokrewniona z domniemanym ojcem. Rozważani potencjalni ojcowie nie są krewnymi pierwszego lub drugiego stopnia.
4. Zostałem poinformowany o tym, że:
  - a) 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.
  - b) 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.
5. 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".
6. 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.
7. Jestem świadomy, że wynik badania, którego przeprowadzenie niniejszym zlecam, nie ma wartości dowodowej w postępowaniu sądowym.
8. Mam prawo do uczestnictwa w badaniach jako obserwator.
9. Mam prawo do złożenia skargi i/lub rezygnacji.
10. Mam prawo do wglądu do dokumentacji dotyczącej zapewnienia jakości badań i pomiarów w stosunku do metod, które miały zastosowanie przy realizacji zlecenia.
11. Materiał nie wykorzystany do badań przechowywany jest przez miesiąc od czasu zakończenia zlecenia i wydania sprawozdania. Po tym okresie oddawany jest utylizacji.

\* pola wymagane

\*\* pola wymagane w sytuacji, kiedy w badaniu bierze udział dodatkowa osoba



Data i czytelny podpis osoby zlecającej badanie\*

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przy zachowaniu przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r.w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119) w związku z realizacją zlecenia w celu rejestracji i wydania wyników wykonanych badań molekularnych. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do przetworzenia zamówienia. Zostałem /am poinformowany /a, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawiania. Administratorem danych osobowych jest testDNA Laboratorium Sp. z o.o. NIP: 634-282-27-48.

.....  
data, podpis Pacjenta / Zleceniodawcy