

FORMULARZ ZLECENIA TESTU OJCOSTWA

(Badanie anonimowe)

Numer zlecenia:
Wypełnia laboratoriumData i godzina przyjęcia
materiału do laboratorium:**1. Dane osoby zlecającej**IMIĘ I NAZWISKO ZLECENIODAWCY*:
PESEL:
Adres:
Telefon*:**2. Informacje o badanych próbkach**

| DOMNIEMANY OJCIEC | DZIECKO | DZIECKO 2 | REZERWA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Płeć*: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M | Płeć*: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M | Płeć**: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M | Płeć**: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M |
| Data pobrania materiału: | Data pobrania materiału: | Data pobrania materiału: | Data pobrania materiału: |
| Rodzaj materiału*: <input type="checkbox"/> MIKROŚLAD, jaki: 1. 2. 3. <input type="checkbox"/> WYMAZ | Rodzaj materiału*: <input type="checkbox"/> MIKROŚLAD, jaki: 1. 2. 3. <input type="checkbox"/> WYMAZ | Rodzaj materiału**: <input type="checkbox"/> MIKROŚLAD, jaki: 1. 2. 3. <input type="checkbox"/> WYMAZ | Rodzaj materiału**: <input type="checkbox"/> MIKROŚLAD, jaki: 1. 2. 3. <input type="checkbox"/> WYMAZ |
| Czy pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku/transfuzję krwi* <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Czy pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku/transfuzję krwi* <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Czy pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku/transfuzję krwi* <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Czy pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku/transfuzję krwi* <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

3. Zgoda na utylizację próbek* Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody na utylizację próbki po zakończeniu badania.**Ważne!** W przypadku nie zaznaczenia żadnej z powyższych opcji materiał zostanie zutylicyzowany po trzech miesiącach od zakończenia analiz.**4. W jaki sposób mamy przekazać wynik?*****1. LISTOWNIE:** Dyskretne (bez pieczętki laboratorium na kopercie) Na poniższy adres Nie chcę otrzymać wyniku listownieIMIĘ I NAZWISKO: TELEFON: ADRES: E-MAIL: HASŁO BEZPIECZEŃSTWA: **2. ONLINE:** Tak Nie**Uwaga!** Jeśli chcą Państwo mieć dostęp do informacji o zleconym badaniu oraz uzyskać wynik on-line w panelu <https://klient.geneticus.pl>, konieczne jest wpisanie numeru telefonu, adresu e-mail oraz hasła bezpieczeństwa.**5. 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:**

- Jest mi znany typ zamawianego badania, jego warunki, cena, termin realizacji oraz metoda badawcza. Jednocześnie zobowiązuje się do uregulowania ceny w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze od dnia złożenia niniejszego zamówienia oraz przyjmuję do wiadomości, że testDNA Sp. z o.o. Sp. k. uprawniona jest do wstrzymania się z realizacją badania do dnia uregulowania ceny.
- Matka dziecka nie jest biologicznie spokrewniona z domniemanym ojcem, a rozważani potencjalni ojcowie nie są krewnymi pierwszego lub drugiego stopnia.
- Zleceniodawca badania jest osobą pełnoletnią.
- 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.
- 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 przesyłany 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.
- Materiał niewykorzystany do badań przechowywany jest przez trzy miesiące od czasu zakończenia zlecenia i wydania sprawozdania. Po tym okresie oddawany jest do utylizacji.
- 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 dołączoną do zamówienia oraz kwituję jej otrzymanie.

* pola wymagane

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

 Data i czytelny podpis osoby zlecającej badanie*