

NR Zlecenia

Data i godzina przyjęcia materiału

.....
Wypełnia laboratorium

ZLECENIE BADANIA MOLEKULARNEGO TKANKI NOWOTWOROWEJ

Nazwisko i Imię pacjenta

PESEL | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ data urodzenia kobieta mężczyzna

Adres

telefon kontaktowy mail

BADANIE (kod procedury)

Rozpoznanie kliniczne

! Do zlecenia badania niezbędne jest załączenie wyniku badania histopatologicznego !

Materiał: bloczek parafinowy; cell-block; preparat cytologiczny; preparat HP;

inny data pobrania

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z wykonaniem diagnostyki genetycznej. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie do wyżej wymienionych celów, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r Nr 101, poz.926 z późn. zm).

data i podpis pacjenta