



Laboratorium Oncogene Diagnostics
ul. Mogilska 86/3, 31-546 KRAKÓW
Tel. 12 410 58 73, Fax 12 418 09 50
badania@oncogene.pl

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

Pochodzenie etniczne: ☐ polskie; ☐ inneZwrot materiału i wydanie wyniku: ☐ odbiór osobisty; ☐ list polecony (Poczta polska); ☐ kurier DHL**BADANIE** (nazwa badania)

Rozpoznanie kliniczne

Do zlecenia badania niezbędne jest załączenie wyniku badania histopatologicznego !Materiał: ☐ bloczek parafinowy; ☐ cell-block; ☐ preparat cytologiczny; ☐ preparat HP;☐ inny***Wyrażam zgodę na kontakt laboratorium w sprawie realizacji zleconych badań pod wskazanym numerem telefonu.**.....
data.....
czytelny podpis pacjenta / prawnego opiekuna wyrażającego zgodę**DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE GENETYCZNYCH BADAŃ MOLEKULARNYCH**

Wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie / mojego dziecka materiału biologicznego do wykonania molekularnych badań diagnostycznych mających na celu wykrycie w/w zmian w DNA.

Jestem świadoma/y, że:

1. Pobrany materiał biologiczny może okazać się niewystarczający, dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.

2. Istnieje możliwość nieuzyskania wyników z przyczyn technicznych.

3. Istnieją sytuacje, w których wynik badania może być niejednoznaczny lub niewłaściwie zinterpretowany:

- w przypadku materiału utrwalonego: gdy materiał utrwalono w formalinie niezgodnie z obowiązującymi wytycznymi:

Zalecenia Polskiego Towarzystwa Patologów - Standardy i wytyczne w patomorfologii (2020) (Standardy organizacyjne oraz standardy postępowania w patomorfologii. Patomorfologia: standardy i przykłady dobrej praktyki oraz elementy diagnostyki różnicowej) <http://pol-pat.pl/>

3. Jeśli w okresie od pobrania materiału do badań do dnia wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia niezbędne będzie podpisanie przez niego Deklaracji Świadomej Zgody.

.....
data.....
czytelny podpis pacjenta / prawnego opiekuna wyrażającego zgodę**INFORMACJA O ADMINISTRATORZE DANYCH OSOBOWYCH**

Administratorem Danych Osobowych jest spółka Oncogene Diagnostics Sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie. Podanie danych osobowych przez pacjenta w celu wykonania zleconych badań jest wymogiem ustawowym (art. 25 ust. 1 Ustawy z dnia 06 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Konsekwencją braku danych osobowych jest odrzucenie przez laboratorium zlecenia, a tym samym odmowa realizacji badań diagnostycznych.

.....
data.....
czytelny podpis pacjenta / prawnego opiekuna wyrażającego zgodę**Oncogene Diagnostics Sp. z o.o. ul. Mogilska 86/3; 31-546 Kraków**

KRS: 0000364292; NIP: 6772347623; REGON: 121330933

NR rejestracyjny laboratorium w KIDL: 3086**☎ 12 410 58 73 www.oncogene.pl biuro@oncogene.pl**