



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Pracownia Genetyki Nowotworów Sp. z o. o.
ul. M. Skłodowskiej-Curie 73
87-100 Toruń
e-mail: pracownia@genetykatorun.pl
www.genetykatorun.pl

Numer zlecenia (wypełnia pracownia)	
Data i godzina oddania materiału	
Data i godzina przyjęcia materiału	

FORMULARZ ZLECENIA BADANIA NASIENIA

DANE PACJENTA	
IMIĘ	
NAZWISKO	
ADRES ZAMIESZKANIA	
PESEL	
TELEFON KONTAKTOWY	

Wypełnienie powyższych pól jest warunkiem koniecznym do przyjęcia zlecenia, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23.03.2006r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. 2006r. Nr 61, poz. 435)

MATERIAŁ DO BADAŃ:

- nasienie
- wymaz
- inne

Imię i nazwisko osoby odbierającej materiał

BADANIA:

- Badanie podstawowe
- LeucoScreen
- Badania genetyczne na obecność wirusa HPV
- Badania genetyczne na obecność *Chlamydia trachomatis*
- Inne

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU/OSOBA UPOWAŻNIONA DO ODBIORU:

Imię i nazwisko

Tel. kontaktowy

Adres

DEKLAROWANY SPOSÓB ODBIORU WYNIKU BADAŃ:

- odbiór w NZOZ Pracowni Genetyki Nowotworów Sp. z o. o.
- list polecony priorytetowy

Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego w sytuacjach, gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium.

.....
(Data i podpis Pacjenta)

Zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.) przez NZOZ Pracownię Genetyki Nowotworów w Toruniu. Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie wyłącznie w celu wykonania w/w badania.

.....
(Data i podpis Pacjenta)

Wynik odebrałem:

.....
(Data i podpis Pacjenta)