



BIOGENA

ul. Al. Wojska Polskiego 30 A
10-229 Olsztyn
tel. 781 330 656

Nr zlecenia

Data i godz.
przyjęcia
materiału

FORMULAR ZLECENIA TEST DNA (PCR)

DANE PACJENTA		ZLECENIODAWCA	
Imię:		Lekarz kierujący:	
Nazwisko:			
Adres zamieszkania			
Telefon			
PESEL			
E-mail			
DATA URODZENIA		M K <input type="checkbox"/> Płeć <input type="checkbox"/>	
Rodzaj materiału		Data i godz. pobrania	Pobierający
<input type="checkbox"/> Krew obwodowa (EDTA) <input type="checkbox"/> Mocz <input type="checkbox"/> Płyn mózgowo-rdzeniowy <input type="checkbox"/> Płyn stawowy			
Nazwa badania:			
Identyfikator badania wg oferty (KOD):			
Przyjmowane antybiotyki w ostatnich trzech miesiącach / Testy		Kiedy	Nazwa antybiotyku

1. Zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r o ochronie danych osobowych(Dz. U. Z 2002r. Nr 101, poz 926, ze zm.) wyrażam zgodę na wykorzystanie danych osobowych zawartych w ankiecie do celów badawczych
2. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego DNA do anonimowych badań naukowych.
3. Wrażam zgodę do przesłania wyników badania pocztą.

.....
Data

.....
Podpis pacjenta/opiekuna prawnego