

KWESTIONARIUSZ BADAŃ PRYWATNYCH

Imię i nazwisko

Adres

PESEL Tel. kontaktowy

Wskazanie do wykonania badania

Rodzaj badania

Koszt badania

Płatność Gotówka Karta Przelew

Konto ALIOR BANK nr: 75 2490 0005 0000 4600 6544 0417

Oświadczam, że badania cytogenetyczne/molekularne zostały wykonane odpłatnie na moją/naszą prośbę.

Data Podpis:.....

DOTYCZY OSÓB BĘDĄCYCH PACJENTAMI PORADNI GENETYCZNEJ CGM GENESIS W POZNANIU

Wyrażam zgodę, na zapoznanie się lekarza prowadzącego w Poradni Genetycznej z treścią wyniku badania genetycznego wykonanego odpłatnie na moją/naszą prośbę.

Data Podpis:.....

DOTYCZY POBRANIA MAT. BIOLOGICZNEGO NA BADANIA GENETYCZNE W OŚRODKACH ZEWNĘTRZNYCH

Imię i nazwisko osoby pobierającej krew.

Data i pieczęta osoby pobierającej lub pieczęta placówki, w której dokonano pobrania krwi.

DOTYCZY BADANIA BEZ KOMPLETNYCH DANYCH OSOBOWYCH

Imię i nazwisko:

Oświadczam, iż zostałam/em uprzedzona/y, że z powodu niepełnych danych osobowych, w przyszłości nie będzie możliwe powoływanie się na wyniki tych badań ani ich odtwarzanie.

Data Podpis:.....