



NZOZ Centrum Genetyki Medycznej GENESIS
ul. Grudzieniec 4, 60-601 Poznań
tel. 61 848 40 38, fax 61 851 66 46
www.genesis.pl

GENESIS
Centrum Genetyki Medycznej

SKIEROWANIE ZEWNĘTRZNE NA TEST-HPV

Informacje o jednostce kierującej

Nazwa, adres (pieczęć):

Dane pacjenta

Nazwisko i imię pacjenta (drukowanymi literami) :

PESEL:

Adres doręczenia wyniku :

Telefon kontaktowy :

Podpis i pieczęć lekarza kierującego na badanie.

Wybierz Badanie:

- HPV HR skrinning 189,00PLN
- HPV HR skrinning + identyfikacja HPV 16/18 265,00PLN
- HPV 33 typy (wysokiego i niskiego ryzyka) 175,00PLN
- HPV 16/18 115,00 PLN
- HPV 6/11 115,00PLN
- HPV 16/18 i 6/11 185,00 PLN
- HPV 33 typy (wysokiego i niskiego ryzyka) + identyfikacja HPV 6/11 275,00 PLN
- HPV 33 typy (wysokiego i niskiego ryzyka) + identyfikacja HPV 16/18 275,00PLN
- HPV 33 typy (wysokiego i niskiego ryzyka) + identyfikacja HPV 6/11 i HPV 16/18 295,00PLN
- Inne badanie.....

Dotychczas wykonywane badania, ostatni wynik badania cytologicznego,
histopatologicznego.....

Informacje o materiale biologicznym

Rodzaj materiału biologicznego:

Wyizolowany DNA Wymaz z.....

Inny

Wypełnia laboratorium:

Data otrzymania materiału:/...../..... r.

Osoba przyjmująca materiał / izolująca DNA:

Nr konta dla płatności przelewem: 75 2490 0005 0000 4600 6544 0417 **ALIOR BANK**

Pacjenci indywidualni proszeni są o dokonanie wpłaty przed wykonaniem badania.

.....
Data

.....
Podpis zlecającego

Szczegółowe informacje na str. www.genesis.pl