



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- PATOGENÓW dla kobiet planujących lub będących w ciąży

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:

- Panel bakteryjny I:** *Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Ureaplasma urealyticum* - Real time PCR - 385,00 PLN
- Panel bakteryjny II:** *Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum* - Real time PCR - 385,00 PLN
- Panel wirusowy:** ludzki wirus cytomegalii (HCMV), wirus opryszczki (HSV I, HSV II) - PCR - 230,00 PLN
- Chlamydia (*Chlamydia trachomatis*) - Real time PCR - 145,00 PLN
- Rzeżączka (*Neisseria gonorrhoeae*) - Real time PCR - 190,00 PLN
- Uropłazma (*Ureaplasma urealyticum*) - Real time PCR - 190,00 PLN
- Mykoplazma (*Mycoplasma genitalium*) - Real time PCR - 185,00 PLN
- Wirus cytomegalii (HCMV) - PCR - 165,00 PLN
- Wirus opryszczki (HSV I, HSV II) - PCR - 185,00 PLN
- Wirus opryszczki (HSV I, HSV II) - Real time PCR - 210,00 PLN
- Inne badanie.....

Informacje o materiale biologicznym

Rodzaj materiału biologicznego:

Wyzolowany 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