



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

SKIEROWANIE NA BADANIE MOLEKULARNE

Dane pacjenta Nazwisko i imię pacjenta: (drukowanymi literami): Data urodzenia (dz/m/r): / / r. PESEL: Adres: Telefon kontaktowy:.....	Informacje o materiale biologicznym Rodzaj materiału biologicznego: <input type="checkbox"/> Krew obwodowa <input type="checkbox"/> Wyizolowany DNA <input type="checkbox"/> Inne Data pobrania próbki od pacjenta: (dz/m/r): / / r. Czy w okresie 3 ostatnich miesięcy była wykonana transfuzja? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <small>Badanie molekularne można wykonać po okresie 3 miesięcy od daty transfuzji, w przeciwnym wypadku istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku diagnostycznego.</small>
Informacje o badaniu Rodzaj badania: <input type="checkbox"/> Podstawowe, <input type="checkbox"/> Uzupełniające, <input type="checkbox"/> Prywatne Podpisana „Deklaracja Świadomej Zgody”: <input type="checkbox"/> Tak, <input type="checkbox"/> Nie Zlecone badania, nazwa choroby:	Podpis i pieczęć lekarza kierującego na badanie Wypełnia laboratorium: Data otrzymania materiału (dz/m/r) :/...../..... r. Numer identyfikacyjny próbki : Osoba izolująca DNA:

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

Pacjenci indywidualni proszeni są o dokonanie wpłaty przed wykonaniem badania.

.....
Data

.....
Podpis zlecającego

Szczegółowe informacje na str. www.genesis.pl