

## Skierowanie zewnętrzne na badanie cytogenetyczne/molekularne\*

(\*właściwe zaznaczyć)

Dane pacjenta (Wypełnić drukowanymi literami)

Nazwisko: .....

Imię: .....

Płeć:  Kobieta  Mężczyzna

Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
rok / miesiąc / dzień

PESEL:

Adres : .....

.....

Telefon kontaktowy: .....

Rozpoznanie kliniczne:

Dane charakterystyczne z wywiadu:

Informacja o badaniu (Zlecone badanie, nazwa choroby):

IDENTYFIKATOR BADANIA  
WG CENNIKA: (pole obowiązkowe)

Podpisana Deklaracja Świadomej Zgody:  Tak  Nie

Podpis i pieczęć lekarza kierującego na badanie:

Data: \_\_\_\_\_  
rrrr / mm / dd

Pieczęć jednostki kierującej  
oraz dane do faktury (Pole obowiązkowe):

Dane do faktury (Jeśli inne niż dane jednostki kierującej):

Nazwa Firmy: .....

Adres Firmy: .....

.....

NIP: .....

REGON: .....

Informacje o materiale biologicznym:

Rodzaj materiału biologicznego:

Krew  DNA  Inne

Data pobrania próbki  
od Pacjenta: \_\_\_\_\_  
rok / miesiąc / dzień

.....  
Podpis i pieczęć osoby pobierającej materiał

Czy w okresie 3 ostatnich miesięcy była wykonana transfuzja?

Tak  Nie

Badanie molekularne można wykonać po okresie 3 miesięcy od daty transfuzji,  
w przeciwnym wypadku istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku diagnostycznego.

Wypełnia Laboratorium

Data otrzymania materiału: \_\_\_\_\_  
rok / miesiąc / dzień

Numer hodowli/identyfikacyjny próbki:.....

Osoba zakładająca hodowlę/izolująca DNA:.....

.....  
**Adres do przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku**  
(standardowo wynik wysyłany jest do jednostki kierującej):

**Deklaracja świadomej zgody na wykonanie badań genetycznych molekularnych i cytogenetycznych oraz zbankowanie materiału biologicznego w Banku Materiału Biologicznego Diagnostyka GENESIS Sp. z o.o.****Dane Pacjenta**

Nazwisko i imię Pacjenta: .....  
Data urodzenia/Pesel: .....  
Adres: .....Telefon kontaktowy.....

**Wypełnia rodzic lub opiekun prawny w przypadku pacjenta niepełnoletniego**

Nazwisko i imię Rodzica/Opiekuna: .....  
Data urodzenia/Pesel: .....  
Adres: .....  
Telefon kontaktowy Rodzica/Opiekuna: .....

Wyrażam zgodę, aby pobrany ode mnie lub dziecka materiał biologiczny: krew / (inne) .....  
został wykorzystany do:

- diagnostyki molekularnej choroby (jakiej?) .....  
 diagnostyki molekularnej predyspozycji do nowotworów złośliwych (jakiej?) .....  
 badań molekularnych (jakich?) .....  
 badań cytogenetycznych (jakich?) .....

**Zostałem poinformowany, że:**

- Pobrany materiał genetyczny zostanie użyty w celu izolacji materiału genetycznego oraz wykonania testów genetycznych jw.
- W niektórych sytuacjach materiał może być nieinformatywny/niejednoznaczny. W takim przypadku informatywny wynik analizy DNA nie zostanie wydany. Próbkę zostanie poddana ponownemu badaniu po wdrożeniu nowych metod diagnostycznych.
- W przypadku, gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymany wynik może być niewłaściwie zinterpretowany.
- W celu wykonania kompleksowej diagnostyki może zaistnieć konieczność pobrania próbki krwi od obciążonych chorobą członków rodziny, rodziców, płodu i ewentualnie innych członków rodziny.
- Wyizolowany materiał genetyczny będzie przechowywany w odpowiednich warunkach, niemniej istnieje ryzyko degradacji DNA (proces naturalny), dlatego może potrzeba ponownego pobrania materiału w przyszłości.  
 **W przypadku braku zgody na przechowywanie proszę zaznaczyć**
- Zabezpieczony materiał biologiczny może być anonimowo wykorzystany do badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża molekularnego chorób genetycznych.  
 **W przypadku braku zgody na anonimowe użycie próbki do badań naukowych proszę zaznaczyć**
- Zabezpieczony materiał biologiczny może być wykorzystany do badań diagnostycznych, również tych o charakterze naukowym, w innych ośrodkach krajowych i zagranicznych, mających na celu realizację procesu diagnostycznego Pacjenta.
- Wyrażam zgodę na przekazanie mi odpowiednich informacji, jeśli wyniki badań naukowych i diagnostycznych prowadzonych w przyszłości mogłyby stanowić podstawę do rozpoznania choroby genetycznej lub zwiększonego ryzyka jej rozwoju.  
 **W przypadku braku zgody proszę zaznaczyć**
- Jeśli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki genetycznej a datą wydania wyniku niepełnoletni ukończy 16 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego dodatkowego formularza Deklaracji Świadomej Zgody.
- Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych i Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, informujemy, że administratorem danych osobowych jest Diagnostyka GENESIS Sp. z o.o., ul. Dąbrowskiego 77a, 60-529 Poznań, KRS: 0000169935, NIP: 7781356527, REGON: 631002980. Dane będą przetwarzane w celu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie niezbędnym do realizacji procesu diagnostycznego. Przysługuje mi prawo do wglądu, poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania i uzupełniania moich danych osobowych. W przypadku konieczności rozszerzenia diagnostyki u podwykonawcy lub konieczności weryfikacji wyniku na koszt Diagnostyka GENESIS Sp. z o.o., wyrażam zgodę na archiwizowanie i powierzenie moich danych osobowych (w tym danych wrażliwych) w bazach danych placówek diagnostycznych wykonujących zleczone przez Diagnostyka GENESIS Sp. z o.o. badania.
- W przypadku zmiany organizacji dotyczących Banku Materiału Biologicznego Diagnostyka GENESIS Sp. z o.o. skontaktujemy się z Państwem w celu uzyskania decyzji co do dalszych losów przechowywania materiału biologicznego (np. przekazanie Państwu). W związku z tym prosimy o poinformowanie Diagnostyka GENESIS Sp. z o.o. w przypadku zmiany miejsca zamieszkania. W przypadku braku możliwości diagnostycznych i naukowych postępowanie z zabezpieczonym materiałem biologicznym jest zgodne z obowiązującą wewnętrzną procedurą.
- Wykonanie testu genetycznego powinno być połączone z konsultacją genetyczną.**

Zostałem poinformowany o celu, istocie i szczegółach testu genetycznego oraz możliwych wynikach, które będą wymagały właściwej interpretacji.

Miejsce, data

Podpis Pacjenta  
Rodzica/opiekuna prawnegoPodpis i pieczęć lekarza  
kierującego/osoby uprawnionej

## Informacja o administratorze danych osobowych

Informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych podawanych w celu wykonania badań diagnostycznych jest: Diagnostyka GENESIS spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Poznaniu ul. Dąbrowskiego 77a, 60-529 Poznań (KRS nr 0000169935).
2. Diagnostyka GENESIS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością powołała Inspektora Ochrony Danych, który zgodnie z postanowieniami RODO jest osobą nadzorującą przestrzeganie zasad ochrony danych w podmiocie, w którym został wyznaczony. W celu kontaktu z nim udostępnia formularz kontaktowy: <https://genesis.pl/kontakt/dane-osobowe/formularz> oraz adres mailowy: [inspektor@genesis.pl](mailto:inspektor@genesis.pl).
3. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Zgodnie z art. 25. ust. 1. ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta do prowadzenia dokumentacji medycznej niezbędne jest podanie co najmniej takich danych, jak:
  - a. nazwisko i imię (imiona),
  - b. data urodzenia,
  - c. oznaczenie płci,
  - d. adres miejsca zamieszkania,
  - e. numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
  - f. w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.
  - g. numer telefonu, adres e-mail
4. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność przyjęcia przez Diagnostyka GENESIS Sp. z o.o. zamówienia na realizację poradnictwa genetycznego, badań diagnostycznych i innego świadczenia zdrowotnego.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonania badań oraz realizacji obowiązku przechowywania dokumentacji medycznej przez okres wynikający z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; tj. przez 20 lat, a w przypadku dzieci do ukończenia 2 r.ż. przez okres 22 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. W przypadku ewentualnych roszczeń okres ten może ulec wydłużeniu na podstawie aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane osobom nieupoważnionym. Zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Dokumentacja medyczna może zostać udostępniona również m.in. podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych, a także w przypadkach wyraźnie przewidzianych aktualnie obowiązującymi przepisami.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych (RODO).

Zapoznałem się z informacją:

.....  
Miejsce, data

.....  
Podpis Pacjenta/Rodzica/Opiekuna Prawnego