



GENDIA
Emiel Vloorsstraat 9
2020 Antwerp
Belgium
Phone: +32 3 303 08 01
Fax: +32 3 238 77 70
E-mail: info@gendia.net
Web: www.GENDIA.net

SAMPLE SUBMISSION FORM

TO BE FILLED OUT BY REQUESTING PHYSICIAN/LAB

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

DO WYPEŁNIENIA PRZEZ LEKARZA/ LABORATORIUM

PATIENT INFORMATION

INFORMACJE O PACJENCIE

** In order to guarantee maximal patient privacy GENDIA only works with patient codes and not with patient names.
Please use a CODE (with at least 6 numbers and/or letters) instead of your NAME and keep this code in a safe place, as GENDIA will only use this code in all documents.*

Patient Code*
Kod Pacjenta

Gender:

Płeć

Male

Męska

Female

Żeńska

Date of birth:

Data urodzenia

Day

Dzień

Month

Miesiąc

Year

Rok

Country:

Kraj

SAMPLE INFORMATION

INFORMACJE O PRÓBCE

Type:

Typ

DNA

Blood

Krew

Saliva

Ślina

Date of Collection:

Data pobrania

Day

Dzień

Month

Miesiąc

Year

Rok

Date Sent:

Data wysłania

Day

Dzień

Month

Miesiąc

Year

Rok

TEST REQUIRED

RODZAJ TESTU

Test:

If urgent please explain:

Jeśli pilne, proszę
wyjaśnić dlaczego:

REQUESTING PHYSICIAN / LAB

INFORMACJE O ZLECAJĄCYM

Last Name:

Nazwisko

First Name:

Imię

Lab/Hospital Name:

Nazwa laboratorium/
szpitala

Address:

Adres

Country:

Kraj

Phone:

Telefon

Fax:

E-mail:

RELEVANT CLINICAL INFORMATION

ISTOTNE INFORMACJE KLINICZNE

Pregnancy? Ciąża?
Yes/Tak No/Nie

Weeks Tydzień

.....

** W celu zagwarantowania maksymalnej prywatności pacjenta GENDIA pracuje wyłącznie z kodami pacjentów, a nie z nazwiskami. Użyj KODU (z co najmniej 6 cyfr i/lub liter) zamiast NAZWISKA, a następnie zachowaj kod w bezpiecznym miejscu, ponieważ GENDIA będzie go używać we wszystkich dokumentach dotyczących badania.*