



STID

Screening Test for Inherited Diseases

Informacje o pacjencie (Proszę wypełnić DRUKOWANYMI literami)

Patient Information (Please fill out in CAPITAL letters)

*** 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 Twojego badania.**

** 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.

Code Father* Kod Ojca*			
Date of Birth Father Data urodzenia Ojca	.....	
Code Mother* Kod Matki*			
Date of Birth Mother Data urodzenia Matki	.....	
Pregnancy? Ciąża?	<input type="checkbox"/>	Yes Tak	<input type="checkbox"/> No Nie
	.....	Weeks Tydzień	
Address Adreas	..... ..... .....	
Telephone Telefon	..... .....	
Email	..... .....	
Date of Blood Draw Data pobrania krwi	.....	

Physician / Midwife **Lekarz kierujący / Położna**

Last Name + First Name Nazwisko i Imię	.....	
Telephone Telefon	..... .....	
Email	..... .....	



STID

Screening Test for Inherited Diseases

<i>Consent Zgoda</i>	
Wyrażamy zgodę na przeprowadzenie badania STID przez firmę GENDIA, rozumiemy wszystkie możliwości i ograniczenia testu STID.	
<i>We agree that GENDIA rganizes the STID, and understand the possibilities and limitations of the STID.</i>	
<i>Signature Mother Podpis Matki</i>	<i>Signature Father Podpis Ojca</i>