

DANE OSOBY ZLECAJĄCEJ:

Ważne! Wynik badania dostępny będzie w panelu pacjenta pod adresem: <https://klient.eurogen.pl>. Do zalogowania NIEZBĘDNE jest podanie prawidłowego adresu e-mail oraz numeru telefonu. Nieczytelne wpisanie danych może uniemożliwić odbiór wyniku.

Imię i nazwisko zleceniodawcy*: E-mail*: Telefon*: Hasło bezpieczeństwa do kontaktu z laboratorium. WYMYŚL I ZAPAMIĘTAJ*:

DANE OSÓB BADANYCH:

DOMNIEMANY OJCIEC:

IMIĘ*: NAZWISKO*: PESEL / Data urodzenia*: Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału*:

☐ WYMAZ☐ MIKROŚLAD jaki:

1.

2.

3.

Czy Pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku* ☐ TAK ☐ NIECzy Pacjent miał wykonywaną transfuzję krwi* ☐ TAK ☐ NIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO znajdującą się na stronie internetowej www.testdna.pl/rodo



podpis domniemanego ojca*

DZIECKO:

IMIĘ*: NAZWISKO*: PESEL / Data urodzenia*: Płeć*: ☐ KOBIETA ☐ MĘŻCZYZNAData pobrania materiału:

Rodzaj materiału*:

☐ WYMAZ☐ MIKROŚLAD jaki:

1.

2.

3.

Czy Pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku* ☐ TAK ☐ NIECzy Pacjent miał wykonywaną transfuzję krwi* ☐ TAK ☐ NIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO znajdującą się na stronie internetowej www.testdna.pl/rodo
Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.

podpis prawnego opiekuna
lub pełnoletniego dziecka*

DZIECKO 2:

IMIĘ*: NAZWISKO*: PESEL / Data urodzenia*: Płeć*: ☐ KOBIETA ☐ MĘŻCZYZNAData pobrania materiału:

Rodzaj materiału*:

☐ WYMAZ☐ MIKROŚLAD jaki:

1.

2.

3.

Czy Pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku* ☐ TAK ☐ NIECzy Pacjent miał wykonywaną transfuzję krwi* ☐ TAK ☐ NIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO znajdującą się na stronie internetowej www.testdna.pl/rodo
Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.

podpis prawnego opiekuna
lub pełnoletniego dziecka**

MATKA:

IMIĘ*: NAZWISKO*: PESEL / Data urodzenia*: Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału*:

☐ WYMAZ☐ MIKROŚLAD jaki:

1.

2.

3.

Czy Pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku* ☐ TAK ☐ NIECzy Pacjent miał wykonywaną transfuzję krwi* ☐ TAK ☐ NIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO znajdującą się na stronie internetowej www.testdna.pl/rodo



podpis**

OŚWIADCZENIE ZLECENIODAWCY BADANIA:

Ja, niżej podpisany/a świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań oraz odpowiedzialności cywilnej za wyrządzoną szkodę oświadczam, że:

- Podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.
- Jest mi znany typ zamawianego badania, jego warunki, cena, termin realizacji oraz metoda badawcza.
- Matka dziecka nie jest biologicznie spokrewniona z domniemanym ojcem, a rozważani potencjalni ojcowie nie są krewnymi pierwszego lub drugiego stopnia.
- Zleceniodawca badania jest osobą pełnoletnią.

Jednocześnie zobowiązuje się do uregulowania opłaty w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze od dnia złożenia niniejszego zamówienia oraz przyjmuję do wiadomości, że testDNA Sp. z o.o. uprawniona jest do wstrzymania się z realizacją badania do dnia uregulowania opłaty oraz windykacji należności.

Zostałem/am poinformowany/a o tym, że:

- W sytuacji, gdy laboratorium (z przyczyn niezależnych) nie jest w stanie wydać informatywnego wyniku, może zaistnieć konieczność włączenia do badania dodatkowych próbek.
- W niektórych przypadkach wynik może być niejednoznacznie lub niewłaściwie zinterpretowany np. gdy: wykonano przeszczep szpiku kostnego, pokrewieństwo pomiędzy członkami danej rodziny jest inne niż deklarowane lub wykonano transfuzję krwi w ciągu trzech miesięcy przed pobraniem materiału do badań DNA.

- Jeśli w okresie od pobrania materiału do badań do momentu wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia przed wydaniem wyniku, konieczne będzie podpisanie formularza "Deklaracja Świadomej zgody".
- Uzyskałem/am zgodę matki/prawnego opiekuna dziecka na użycie pobranego wymazu/krwi/inne w celu izolacji DNA i wykonania badań molekularnych mających na celu analizę pokrewieństwa.
- Dane osobowe, co do których nie została wyrażona prawidłowo zgoda na ich przetwarzanie, nie zostaną uwzględnione w procesie badania.
- Jestem świadomy/a, że wynik badania nie ma wartości dowodowej w postępowaniu sądowym. Oświadczam, że załączone próbki od osób pełnoletnich zostały pobrane za ich zgodą i wiedzą, a od osób niepełnoletnich za zgodą ich prawnych opiekunów.
- Mam prawo do uczestnictwa w badaniach jako obserwator.
- Mam prawo do złożenia skargi i/lub rezygnacji.
- Mam prawo do wglądu do dokumentacji dotyczącej zapewnienia jakości badań i pomiarów w stosunku do metod, które miały zastosowanie przy realizacji zlecenia.
- Materiał niewykorzystany do badań przechowywany jest przez trzy miesiące od czasu zakończenia zlecenia i wydania sprawozdania. Po tym okresie oddawany jest do utylizacji. Lizat DNA przechowuje się do 1 roku po czym utylizuje.
- Jestem świadomy/a, że na wniosek organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości laboratorium ma obowiązek udostępnić dokumentację danego zlecenia.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO znajdującą się na stronie internetowej www.testdna.pl/rodo

Uwaga: Podpis we wszystkich polach zaznaczonych na żółto jest wymagany

* pola wymagane

** pola wymagane w sytuacji, kiedy w badaniu bierze udział matka lub dodatkowa osoba



Data i czytelny podpis osoby zlecającej badanie*