

## DANE OSOBY ZLECAJĄCEJ:

**Ważne! Wynik badania dostępny będzie w panelu pacjenta pod adresem: <https://klient.genlab.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  NIE

 Czy 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](http://www.testdna.pl/rodo)


podpis domniemanego ojca\*

## DZIECKO:

 IMIĘ\*: 

 NAZWISKO\*: 

 PESEL / Data urodzenia\*: 


 Płeć\*:  KOBIETA  MĘŻCZYZNA

 Data pobrania materiału: 

Rodzaj materiału\*:

- 
- WYMAZ
- 
- 
- MIKROŚLAD jaki:

1. ....
- 
2. ....
- 
3. ....

 Czy Pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku\*  TAK  NIE

 Czy 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](http://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  MĘŻCZYZNA

 Data pobrania materiału: 

Rodzaj materiału\*\*:

- 
- WYMAZ
- 
- 
- MIKROŚLAD jaki:

1. ....
- 
2. ....
- 
3. ....

 Czy Pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku\*  TAK  NIE

 Czy 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](http://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  NIE

 Czy 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](http://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 pierwszymu lub drugiemu 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/krwii/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](http://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\*