Centrum Badań DNA Sp. z o.o.
ul. Mickiewicza 31, 60-835 Poznań
tel.: 61 646 85 85, fax: 61 623 25 26
e-mail: bok@cbdna.pl, www.cbdna.pl

NR ZLECENIA:	*Wypełnia CB DNA*
Data i godzina przyjęcia materiału:	

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ - BADANIE KLESZCZA

Zał. nr 6 do P.1
wersja nr 9

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE ZLECAJĄCEGO:	ZLECENIODAWCA (instytucja):
Imię:	Numer kontrahenta:
Nazwisko:	Imię i nazwisko osoby zlecającej:
Adres zamieszkania: Ulica:..... Kod:..... Miejscowość.....	Pieczęć jednostki zlecającej: ..... data ..... podpis osoby upoważnionej
PESEL:	
tel. kontaktowy:	tel. kontaktowy:
e-mail:	e-mail:

Wypełnienie powyższych pól jest warunkiem koniecznym do przyjęcia zlecenia, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21. 01. 2009 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. 2009 r. Nr 22, poz. 128 ze zm.) oraz wymaganiami normy ISO 9001:2008

MATERIAŁ DO BADAŃ:

Rodzaj materiału: **KLESZCZ**	Data znalezienia:	Miejsce znalezienia: *Miejscowość* *Województwo*

Kolorem czerwonym oznaczono dane niezbędne do przyjęcia zlecenia!

PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZLECANE BADANIA

DIAGNOSTYKA CHORÓB PRZENOSZONYCH PRZEZ KLESZCZE:

POJEDYNCZE BADANIA:

101K ☐ *Borrelia burgdorferi* (borelioza) - test jakościowy, R-T PCR
601K ☐ *Babesia divergens* - test jakościowy, R-T PCR
103K ☐ *Bartonella henselae* - test jakościowy, R-T PCR
148K ☐ *Anaplasma phagocytophilum* - test jakościowy, R-T PCR
108K ☐ *Mycoplasma pneumoniae* - test jakościowy, R-T PCR
154K ☐ *Toxoplasma gondii* - test jakościowy, R-T PCR

PANELE BADAŃ:

701K ☐ Panel **INFEKCJI ODKLESZCZOWYCH - PEŁNY**
identyfikacja 6 patogenów: *B. burgdorferi, B. divergens, B.henselae, T.gondii A. phagocytophilum, M.pneumoniae* - test jakościowy, R-T PCR

702K ☐ Panel **INFEKCJI ODKLESZCZOWYCH - PODSTAWOWY**
identyfikacja 4 patogenów: *B. burgdorferi, B. henselae, A. phagocytophilum, M. pneumoniae* - test jakościowy R-T PCR

CZAS REALIZACJI ZLECENIA:

☐ STANDARD - do 7 dni roboczych - pojedyncze badanie, do 14 dni roboczych - badanie panelowe

☐ EKSPRES - do 48 godzin roboczych za pojedyncze badanie (**dopłata 200 zł**) lub do 7 dni roboczych za badanie panelowe (**dopłata 400 zł**).

DEKLAROWANY SPOSÓB ODBIORU BADAŃ (proszę zaznaczyć wybraną opcję):

☐ **Odbiór wyniku on-line** e-mail:.....
☐ Odbiór osobisty w laboratorium (Poznań, ul. Mickiewicza 31)
☐ Przesyłka kurierska (do ceny testu doliczyć 30 zł)
☐ List polecony priorytetowy (do ceny testu doliczyć 10 zł)

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKI LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEGO ODBIORU (wypełnić wyłącznie w przypadku opcji innej niż wyniki on-line):

Imię i nazwisko: ..... tel. kontaktowy: .....

Adres: .....

UWAGI:

Laboratorium zastrzega sobie możliwość anonimowego wykorzystania materiału genetycznego do badań naukowych.

1/ Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów promocyjnych, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. NR 101, poz. 926, ze zm.). W przypadku nie wyrażenia zgody proszę zaznaczyć: ☐
2/ Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów badawczych, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. NR 101, poz. 926, ze zm.). W przypadku nie wyrażenia zgody proszę zaznaczyć: ☐
3/ Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji dotyczących wyników badań na podany w ankiecie adres e-mail i numer telefonu.
Jednocześnie wyrażam zgodę na wykorzystanie danych osobowych zawartych w ankiecie zgodnie z Regulaminem korzystania z serwisu do odbierania wyników on-line.
W przypadku nie wyrażenia zgody proszę zaznaczyć: ☐
Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem świadczenia usług badań diagnostycznych na rzecz Klientów Centrum Badań DNA Sp. z o.o.

.....
DATA I PODPIS ZLECAJĄCEGO