

Név:	Beküldő neve:
TAJ szám: <input type="text"/>	Beküldőkód: <input type="text"/>
Születési dátum: <input type="text"/>	Neme: <input type="checkbox"/> ffi <input type="checkbox"/> nő
Anyja neve:	Orvos pecsétszáma: <input type="text"/>
Lakcím:	Orvos neve:
Páciens e-mail:	Minta típusa: EDTA-s teljes vér
	Mintavétel dátuma: <input type="text"/>

Számlázás	
Név:	Spektrum-Lab Kft
Cím:	1038 Budapest, Papírgyár utca 58-59.

Vizsgálat neve	
	CFTR gén 36 leggyakoribb (hot-spot) mutációja
	Cöliákia genetikai vizsgálata
	Faktor V (FV) / Leiden mutáció
	Laktóz-intolerancia (LCT 13910 C/T)
	MTHFR A1298C mutáció
	MTHFR C677T mutáció
	PAI-1 gén polimorfizmus
	Protrombin gén (FII) G20210 mutáció
	Y-kromoszóma mikrodéléción
	Hagyományos kariotipizálás (kromoszómafestés G-sávozással)

Panelek	
	Trombózis mutáció panel (3) (FV Leiden mutáció, protrombin gén mutáció, MTHFR C677T mutáció)
	Trombózis mutáció panel (4) (FV Leiden mutáció, protrombin gén mutáció, MTHFR C677T mutáció, MTHFR A1298C mutáció)
	Trombózis mutáció panel (5) (FV Leiden mutáció, protrombin gén mutáció, MTHFR C677T mutáció, MTHFR A1298C mutáció, PAI-1 gén polimorfizmus)

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT GENETIKAI MINTAVÉTELHEZ

Alulírott hozzájárulok ahhoz, hogy tőlem a kérlapon megjelölt genetikai vizsgálat elvégzéséhez mintát vegyenek, a vizsgálatot elvégezzék, a mintámat, a személyazonosító adataimat, illetve a vizsgálattal kapott vizsgálati eredményeket, a vonatkozó adatvédelmi jogszabályok követelményeinek megfelelően tárolják.

Dátum:.....

Páciens/törvényes képviselő aláírása

Tudomásul veszem, hogy a genetikai mintát a kért vizsgálat elvégzése céljából – az adatvédelmi szabályoknak megfelelően – más laboratóriumba továbbíthatják. A részletes tájékoztatás az adattovábbításról megtalálható spektrumlab.hu honlapon az Adatvédelmi irányelvekben.

Dátum:.....

Páciens/törvényes képviselő aláírása

Nyilatkozom, hogy a vizsgálatot orvosom, illetve genetikai tanácsadó javaslatára végeztetem, a konzultációs eljárás során jogszabály alapján arra jogosult személytől tájékoztatást kaptam a mintavétel céljáról, a vizsgálat elvégzésének vagy elmaradásának előnyeiről és kockázatairól, a kapott eredményeknek a magamat és közeli hozzátartozóimat érintő esetleges következményeiről.

Az eredménnyel felkeresem részletes megbeszélés céljából orvosom és/vagy a genetikai tanácsadót, továbbá – szükség esetén – genetikai tanácsadáson veszek részt.

Dátum:.....

Páciens/törvényes képviselő aláírása