

Žádanka ke genetickému vyšetření příbuznosti osob

Žadatel o vyšetření:					
Jméno a příjmení:			Číslo pojištění: Datum narození:		
Adresa:			Telefon:		
Prohlašuji, že údaje uvedené na této žádance jsou pravdivé, a že vzorky biologického materiálu byly odebrány níže uvedeným osobám:					
Datum a podpis					
Žádost o vyšetření:					
<input type="checkbox"/> test příbuznosti (v případě příbuzenské analýzy vždy doporučujeme do testu zahrnout matku testovaného dítěte/děti)					
Vyšetření následujících osob:					
Vyšetřovaná osoba	Jméno a příjmení	Rodné číslo	Kontaktní údaje (adresa, telefon)	Odebraný materiál	Poznámka*
Otec				<input type="checkbox"/> periferní krev <input type="checkbox"/> bukální stěr	
Dítě				<input type="checkbox"/> periferní krev <input type="checkbox"/> bukální stěr	
Matka				<input type="checkbox"/> periferní krev <input type="checkbox"/> bukální stěr	
Další osoba (uvedte)				<input type="checkbox"/> periferní krev <input type="checkbox"/> bukální stěr	
Další osoba (uvedte)				<input type="checkbox"/> periferní krev <input type="checkbox"/> bukální stěr	
Další osoba (uvedte)				<input type="checkbox"/> periferní krev <input type="checkbox"/> bukální stěr	
<small>*Do poznámky uveďte etnikum, transplantace, transfuze apod.</small>					
Způsob převzetí výsledku:					
<input type="checkbox"/> poštou (doporučeně) <input type="checkbox"/> poštou (do vlastních rukou) <input type="checkbox"/> osobní převzetí					
Informovaný souhlas – pacient souhlasí s:					
K žádance na vyšetření příbuznosti osob je nutno vyplnit informovaný souhlas pro každou testovanou osobu - viz tento formulář					
Vyšetření provádí: GENNET, s.r.o., Laboratoře GENNET, Kostelní 9/292, 170 00 Praha 7, Tel.: 222 313 000					
Záznamy laboratoře:					
Datum a čas příjmu vzorku/žádanky:			Vzorek/žádanku přijal(a):		