

Žádanka na genetické vyšetření – Klinický EXOM - Pokrevní příbuzní probanda

Osobní data vyšetřované osoby (štítek):	Indikující lékař:
Jméno a příjmení: Číslo pojištěnce: Datum narození: Pojišťovna: Samoplátce Pohlaví: muž žena Adresa: Diagnóza (MKN):	(jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)
Primární vzorek:	Jiný materiál:
periferní krev (5ml nesrážlivé krve v K3EDTA) bukální stěr (2x speciální stěrová tyčinka - na vyžádání dodá laboratoř)	izolovaná DNA z:
Datum a čas odběru:	Datum a čas indikace:
Klinická data: (doplní odesílající lékař)	
Má tato osoba stejné onemocnění jako proband?	ANO NE
Proband (pacient indikovaný k vyšetření exomu):	
Jméno a příjmení: Vztah vyšetřované osoby k probandovi:	Datum narození:
Informovaný souhlas* – pacient:	
SOUHLASÍ s vyšetřením vzorku s využitím vzorku k výzkumným účelům s uskladněním vzorku	NESOUHLASÍ s uskladněním vzorku
*) Odesláním žádanky indikující lékař potvrzuje, že pacientem či zákonným zástupcem je podepsán IS, který je buď uložen v dokumentaci pacienta nebo je přiložen k této žádance.	
Vyšetření provádí: GENNET, s.r.o., Laboratoře GENNET, Pekařská 635/6, 158 00 Praha 5 – Jinonice, Tel: 226 231 691	
Záznamy laboratoře: Datum a čas příjmu vzorku/žádanky:	Vzorek/žádanku přijal(a):