|  |
| --- |
| **Pracownia Diagnostyki Molekularnej i Farmakogenomiki Zakładu Biochemii Farmaceutycznej i Diagnostyki Molekularnej**  **Uniwersytet Medyczny w Łodzi** ul.Muszyńskiego 1 90-151 Łódź  Tel **887 664 485**  . |



|  |  |
| --- | --- |
| Wypełnia Laboratorium | |
| Data/Godzina/podpis osoby pobierającej materiał |  |
| Data/Godzina/podpis osoby przyjmującej materiał |  |
| Kod pacjenta |  |
| Uwagi |  |

Dane zleceniodawcy/pieczątka firmowa/pieczęć i podpis lekarza zlecającego

**Dane pacjenta (wypełnić drukowanymi literami):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** | **Nazwisko** |
| **Pesel**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Data ur.**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **d** | **d** | **/** | **m** | **m** | **/** | **r** | **r** | **r** | **r** | |
| **Adres zamieszkania** | **Telefon** |

**Dane rodzica/opiekuna prawnego pacjenta (wypełnić drukowanymi literami):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** | **Nazwisko** |
| **Pesel**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Data ur.**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **d** | **d** | **/** | **m** | **m** | **/** | **r** | **r** | **r** | **r** | |
| **Adres zamieszkania** | **Telefon** |

**Czas oczekiwania na wynik - tryb:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | * **2 tygodnie** | * **3 dni** |

**Wyrażam zgodę na pobranie ode mnie/od mojego dziecka/od mojego podopiecznego krwi obwodowej w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ w celu wykonania wymienionych badań:**

* Diagnostyka boreliozy – IgM + IgG, ELISA
* Diagnostyka boreliozy - Immunoblot IgG (surowica)
* Diagnostyka boreliozy - Immunoblot IgM (surowica)

**Oświadczam, że:**

1. **Otrzymałam/em wyczerpującą informację na temat celów i ograniczeń badania oraz znaczenia i konsekwencji otrzymania wyniku dodatniego.**
2. **Zostałem/am poinformowany/a o zagrożeniach występujących podczas pobrania materiału do badań.**
3. **Zostałem/am poinformowany/a o możliwości cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie.**

**Zgadzam się na przetwarzanie danych osobowych moich/ mojego dziecka/ mojego podopiecznego przez Pracownię Diagnostyki Molekularnej i Farmakogenomiki Zakładu Biochemii Farmaceutycznej i Diagnostyki Laboratoryjnej do celów związanych z wykonywaniem diagnostyki laboratoryjnej zgodnie z przepisami Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejscowość, data  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Podpis pacjenta i/lub lekarza i/lub zleceniodawcy  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Podpis rodzica/Opiekuna prawnego  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |