|  |  |
| --- | --- |
| Pieczęć jednostki | Deklaracja Świadomej Zgody  na wykonanie badania immunoenzymatycznego |

Dane Pacjenta:

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Imię i nazwisko | |
|  |  |
| Data urodzenia | Pesel lub nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku braku nr pesel |
|  |  |
| Adres zamieszkania | Telefon |

Dane rodzica / opiekuna prawnego Pacjenta (wypełnić w przypadku niepełnoletności / ubezwłasnowolnienia lub niezdolności do świadomego wyrażenia zgody przez Pacjenta):

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Imię i nazwisko | |
|  |  |
| Data urodzenia | Pesel lub nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku braku nr pesel |
|  |  |
| Adres zamieszkania | Telefon |

Deklaracja

Wyrażam zgodę, aby pobrany ode mnie / od mojego dziecka / od mojego podopiecznego materiał biologiczny:

* + krew obwodowa
  + inny (podać jaki): …………………………………………………

został wykorzystany do wykonania badań immunoenzymatycznych w celach diagnostycznych.

Deklaracja dotyczy skierowania na badanie:

* diagnostyka boreliozy w materiale pochodzącym od pacjenta metodami serologicznymi (wykrywanie swoistych przeciwciał klasy Ig M i Ig G metodą ELISA i /lub oznaczenie techniką Immuno-blot)

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a:

* o sposobie, w jaki będzie użyty materiał biologiczny oraz uzyskane wyniki z badań
* o tym, że uzyskany wynik badania może być niejednoznaczny, bądź z przyczyn technicznych może nie być możliwe uzyskanie jednoznacznego wyniku, wtedy może zaistnieć potrzeba powtórnego pobrania materiału do badań
* o przysługującym mi prawie do wycofania niniejszej zgody w dowolnym momencie

Wyrażam zgodę na wykorzystanie wyników wykonanych badań immunoenzymatycznych oraz użycie pobranego ode mnie materiału biologicznego do badań naukowych i diagnostycznych, z zachowaniem anonimowości danych osobowych.

* Tak
* Nie

Wyrażam zgodę na przekazanie wyników badań lekarzowi zlecającemu badanie

* Tak
* Nie

Wyrażam zgodę na poinformowanie mnie o wynikach badań

* Tak
* Nie
* Wyrażam zgodę 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 i data Podpis pacjenta / Rodzica / Opiekuna Prawnego wyrażającego zgodę na wykonanie badania immunoenzymatycznego