

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ

(A) OSOBNÍ ÚDAJE VYŠETŘOVANÉ OSOBY

příjmení a jméno datum odběru

číslo pojištěnce / rodné číslo diagnóza

datum narození pojišťovna samopl.

pohlaví muž žena

adresa

kontaktní telefon

(B) DODANÝ MATERIÁL

periferní krev fetální krev plodová voda chorion tkáň bukalní stěr

DNA izolovaná z

(C) POŽADOVANÁ VYŠETŘENÍ

! STATIMOVÉ VYŠETŘENÍ

Klinické údaje

Vyšetření genetických predispozic ke kardiovaskulárním, metabolickým, nádorovým, autoimunitním, neurologickým a dalším závažným onemocněním

1. Základní sada

2. Rozšířená sada

Vyšetření sportovních predispozic

Laktózová intolerance

Fruktózová intolerance

Alfa -1- antitrypsin – dědičný emfyzém, CHOPN, jaterní cirhóza

Apolipoprotein B100 – familiární hypercholesterolémie

Apolipoprotein E – Alzheimerova choroba, hypercholesterolémie, hyperlipoproteinémie

(D) IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE ŽADATELE

příjmení a jméno podpis

(E) IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE ŽADATELE (ODESÍLAJÍCÍHO LÉKAŘE)

příjmení a jméno IČZ odbornost

Aktuální seznam akreditovaných metod je uveden v příloze k Osvědčení o akreditaci na www.genvia.cz.
Přiložte vyplněný a podepsaný Informovaný souhlas klienta.

RAZÍTKO S ADRESOU A PODPIS ODESÍLAJÍCÍHO LÉKAŘE

ODEBRANÝ MATERIÁL DODEJTE NA ADRESU:
Sýkovecká 276/54, 198 00 Praha 9 - Kyje

PODPISEM ODESÍLAJÍCÍ LÉKAŘ POTVRZUJE, ŽE OBDRŽEL PODEPSANÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIENTA S PROVEDENÍM VÝŠE UVEDENÝCH VYŠETŘENÍ.