

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

PODPÍSEM ODESÍLAJÍCÍ LÉKAŘ POTVRZUJE, ŽE ODBRŽEL PODEPSANÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIENTA S PROVEDENÍM VÝŠE UVEDENÝCH VYŠETŘENÍ.