PENTACORELAB
MINDEN, AMI GENETIKA

WWW.PENTACORELAB.HU

LABORATÓRIUMI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP

PENTACORE LABORATÓRIUMOK
1083 Bp. Korányi Sándor u. 2/a - Telefon: (+36 1) 696 1296
1094 Bp. Bokréta u. 5. - Telefon: (+36 1) 696 1297
Fax: (+36 1) 696 1298 • Email: info@pentacorelab.hu

PENTACORE LABORKÓD:

					-				

(PENTACORE TÖLTI KI!)

PÁCIENS NEVE*: v. MINTAAZONOSÍTÓ	**NEME*:** ○ Férfi ○ Nő ○ N/A
SZÜLETÉSI DÁTUM*:	**ANYJA NEVE*:**
EMAIL*:	
LAKCÍM:	
***TELEFON*:**	***TAJ:***

BEKÜLDŐ:		TELEFON:
MUNKAHELY NEVE ÉS CÍME:		
EMAIL:		

MINTAVÉTEL DÁTUMA*:	**MINTA TÍPUSA GENETIKAI VIZSGÁLATNÁL*:** ○ EDTA-s vér ○ Szájnyálkahártya ○ Izolált DNS (előzetesen egyeztetve!)

LELETKÜLDÉS*:	☐ Páciensnek	☐ Beküldőnek	Módja:	☐ Email	☐ Levél	☐ Személyes átvétel

SZÁMLÁZÁSI NÉV/CÍM*:	☐ Páciens	☐ Beküldő	☐Más, a következő (kérjük megadni):
NÉV:			
CÍM:			

KÉRT LABORATÓRIUMI VIZSGÁLATOK		
SZÁMLAKIEGYENLÍTÉS MÓDJA: ☐ KÉSZPÉNZ ☐ BANKKÁRTYA ☐ ÁTUTALÁS/CSEKK	Összesen (Ft):	

ADATKEZELÉSI NYILATKOZAT

Jelen vizsgálatkérő lap aláírásával önkéntes, határozott és megfelelő tájékoztatáson alapuló hozzájárulásomat adom a PentaCore Lab Kft. és az által meghatározott, kizárólag az eredményes laborvizsgálatok elvégzéséhez szükséges vállalkozók (összességében Laboratórium részére) hogy biológiai mintámat, személyes és különleges adataimat kezelje. A megadott adatokat a laboratórium semmilyen célból nem adja ki. A megadott e-mail címre a Laboratórium esetenként vizsgálatokkal, szolgáltatással kapcsolatos információt juttat el. Amennyiben a megkeresésünk zavarja Önt, akkor laboratóriumunk elérhetőségein a további információk eljuttatását letilthatja. A PentaCore Lab Kft. és megbízottai/alvállalkozói adatkezelésére a hatályos, jogszabályok, különösen az egészségügyi és személyes adatok védelméről szóló 1997. évi XLVII. tv. rendelkezései az irányadóak.

NYILATKOZAT – CSAK PCA3 VIZSGÁLAT ESETÉN KÉRJÜK KITÖLTENI!

FENT NEVEZETT PÁCIENSNÉL/MINTA ADÓNÁL ELŐZETESEN DIAGNOSZTIZÁLTAK MÁR PROSZTATARÁKOT:	IGEN ○	NEM ○
A PÁCIENST DIAGNOSZTIZÁLT PROSZTATARÁK MIATT RÉGEBBEN KEZELTÉK, VAGY JELENLEG IS KEZELÉS ALATT ÁLL:	IGEN ○	NEM ○

Kelt:

.....	.....	.....
Beküldő	Páciens**	PentaCore Laboratórium

**AMENNYIBEN a vizsgált személy kiskorú, vagy cselekvőképtelen, akkor szülő vagy gondviselő /gondnok aláírása.