Žádanka na genetické vyšetření příbuznosti osob

Žadatel o vyšetření:

Jméno a příjmení:	Číslo pojištěnce: Datum narození:
Adresa:	Telefon:

Prohlašuji, že údaje uvedené na této žádance jsou pravdivé, a že vzorky biologického materiálu byly odebrány níže uvedeným osobám:

Datum a podpis

Žádost o vyšetření:

☐ test příbuznosti (v případě příbuzenské analýzy vždy doporučujeme do testu zahrnout matku testovaného dítěte/dětí)

Vyšetření následujících osob:

Vyšetřovaná osoba	Jméno a příjmení	Rodné číslo	Kontaktní údaje (adresa, telefon)	Odebraný materiál	Poznámka*
Otec				☐ periferní krev ☐ bukální stěr	
Dítě				☐ periferní krev ☐ bukální stěr	
Matka				☐ periferní krev ☐ bukální stěr	
Další osoba (uveďte)				☐ periferní krev ☐ bukální stěr	
Další osoba (uveďte)				☐ periferní krev ☐ bukální stěr	
Další osoba (uveďte)				☐ periferní krev ☐ bukální stěr	

*Do poznámky uveďte etnikum, transplantace, transfuze apod.

Způsob převzetí výsledku:

☐ poštou (doporučeně) ☐ poštou (do vlastních rukou) ☐ osobní převzetí

Informovaný souhlas – vyšetřovaná osoba:

K žádance na vyšetření příbuznosti osob je nutno vyplnit informovaný souhlas pro každou testovanou osobu - viz tento formulář

Vyšetření provádí: GENNET, s.r.o., Laboratoře GENNET, Pekařská 635/6, 158 00 Praha 5 – Jinonice, Tel: 226 231 691

Záznamy laboratoře:
Datum a čas přijmu vzorku/žádanky: Vzorek/žádanku přijal(a):