

**FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ - BADANIE KLESZCZA**

Załącznik nr 6 do P.1  
wersja nr 7

**DANE ZLECAJĄCEGO:**

**ZLECENIODAWCA (instytucja):**

<b>Imię:</b>	Numer kontrahenta:
<b>Nazwisko:</b>	Imię i nazwisko osoby zlecającej:
<b>Adres zamieszkania:</b>	Pieczęć jednostki zlecającej:
Ulica:..... nr.....	
Miejscowość:..... kod:.....	
<b>PESEL:</b>	..... data
<b>tel. kontaktowy:</b>	tel. kontaktowy:
<b>e-mail:</b>	e-mail:
..... podpis osoby upoważnionej	

Wypełnienie powyższych pól jest warunkiem koniecznym do przyjęcia zlecenia, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21. 01. 2009 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. 2009 r. Nr 22, poz. 128 ze zm.) oraz wymaganiami normy ISO 9001:2008

**MATERIAŁ DO BADAŃ:**

Rodzaj materiału: <b>KLESZCZ</b>	<b>Data znalezienia:</b>	<b>Miejsce znalezienia:</b>	Miejscowość	Województwo
----------------------------------	--------------------------	-----------------------------	-------------	-------------

Kolorem czerwonym oznaczono dane niezbędne do przyjęcia zlecenia!

**DIAGNOSTYKA CHOROŃ PRZENOSZONYCH PRZEZ KLESZCZE:**

**POJEDYNCZE BADANIA:**

- 101K  *Borrelia burgdorferi* (borelioza) - test jakościowy, R-T PCR  
 601K  *Babesia divergens* - test jakościowy, R-T PCR  
 103K  *Bartonella henselae* - test jakościowy, R-T PCR  
 148K  *Anaplasma phagocytophilum* - test jakościowy, R-T PCR  
 108K  *Mycoplasma pneumoniae* - test jakościowy, R-T PCR  
 154K  *Toxoplasma gondii* - test jakościowy, R-T PCR

**PANELE BADAŃ:**

- 701K  Panel **INFEKCJI ODKLESZCZOWYCH - PEŁNY**  
 identyfikacja 6 patogenów: *B. burgdorferi*, *B. divergens*, *B. henselae*,  
*A. phagocytophilum*, *M.pneumoniae*, *T. gondii*- test jakościowy, R-T PCR  
 702K  Panel **INFEKCJI ODKLESZCZOWYCH - PODSTAWOWY**  
 identyfikacja 4 patogenów: *B. burgdorferi*, *B. henselae*,  
*A. phagocytophilum*, *M.pneumoniae* - test jakościowy, R-T PCR

**DEKLAROWANY SPOSÓB ODBIORU BADAŃ (nie dotyczy kontrahentów):**

- List polecony priorytetowy (bezpłatnie)       Przesyłka kurierska (do ceny testu doliczyć 30 zł)  
 Odbiór w gabinecie lekarskim       Odbiór osobisty w laboratorium (Poznań, ul. Mickiewicza 31)

**UWAGI:**

Laboratorium zastrzega sobie możliwość anonimowego wykorzystania materiału genetycznego do badań naukowych.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów promocyjnych, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. NR 101, poz. 926, ze zm.). W przypadku nie wyrażenia zgody proszę zaznaczyć:

Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów badawczych, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. NR 101, poz. 926, ze zm.)

.....  
DATA I PODPIS ZLECAJĄCEGO

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZLECANE BADANIA