



Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie  
Szpital Dziecięcy  
Centralne Laboratorium Szpitala  
Zakład Immunologii Klinicznej  
Pracownia Typowania Tkankowego  
30-663 Kraków, ul. Wielicka 265  
tel. 12-658-20-11 wew. 1411,1406  
kod.NFZ 061/100203, REGON351375886-00033  
kod res.:cz.I.00000018602,cz.V 03,cz. VII 059

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA  
WYKONANIE BADANIA W PRACOWNI  
TYPOWANIA TKANKOWEGO USD\***

Załącznik LZI-PTT-02-02/9  
z dnia 06-06-2017 r.

Strona 1 z 1

**\*Wypełnienie formularza jest wymagane w przypadku braku skierowania lekarskiego**

**Dane pacjenta**

Nazwisko i Imię pacjenta: (DRUKOWANYMI LITERAMI)		Płeć:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
		Nr Ks.Gł.	
PESEL* :		Data urodzenia:	
Adres kontaktowy, telefon:			

\* W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL podać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

**Dane przedstawiciela ustawowego (w przypadku osoby małoletniej/ ubezwłasnowolnionej)**

Nazwisko i Imię: (DRUKOWANYMI LITERAMI)	
PESEL* :	
Adres kontaktowy, telefon:	

\* W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL podać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

**Informacja o materiale biologicznym i zlecanym badaniu**

Rodzaj materiału:	<input type="checkbox"/> krew <input type="checkbox"/> krew pępowinowa <input type="checkbox"/> szpik <input type="checkbox"/> surowica <input type="checkbox"/> inne:
Rodzaj wykonywanego badania:	<input type="checkbox"/> HLA ABDR <input type="checkbox"/> KIR <input type="checkbox"/> HLA ABC DR DQ <input type="checkbox"/> przeciwciała anty HLA <input type="checkbox"/> HLA Cw6 w diagnostyce łuszczycy <input type="checkbox"/> próba krzyżowa <input type="checkbox"/> HLA B27 <input type="checkbox"/> HLA DQ2 DQ8 w diagnostyce celiakii <input type="checkbox"/> HLA C <input type="checkbox"/> inne: .....
Wskazanie do badania:	<input type="checkbox"/> badanie odpłatne wg cennika USD <input type="checkbox"/> inne: .....

**Oświadczenie:**

**Wyrażam zgodę, aby pobrany ode mnie / od mojego dziecka (niepotrzebne skreślić) materiał biologiczny został wykorzystany do wykonania ww. badań.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla zrealizowania ustawowych zadań i uprawnień.

Ponadto zostałem poinformowana (-y) o tym, że:

Uzyskany materiał genetyczny będzie przechowywany w odpowiednich warunkach przez okres co najmniej 6 miesięcy, jednakże istnieje ryzyko degradacji DNA (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.

.....Data i podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego