

 <p> UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIĘCY W KRAKOWIE <i>Centralne Laboratorium Szpitala</i> Zakład Genetyki Medycznej, Laboratorium Cytogenetyki i Genetyki Molekularnej ul. Wielicka 265; 30-663 Kraków; tel.:12-658-20-11 wew. 1296, 1398 kod NFZ 061/100203. Regon 351375886-00033 kod res.: cz. I. 000000018602, cz. V 03, cz. VII 115 </p>	OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE MATERIAŁU Z PORONIENIA/CIAŻY OBUMARŁEJ	Załącznik z dnia
--	---	---------------------

Ja(imię i nazwisko)
 legitymujący(a) się dowodem osobistym (seria i numer) lub numer
 PESEL zamieszkały(a)..... (kod pocztowy,
 miasto, ulica, nr mieszkania/domu) oświadczam, iż pozostawiam do badania materiał biologiczny w
 postaci* :

- jednego wyodrębnionego fragmentu kosmówki w soli fizjologicznej/formalinie (*niewłaściwe skreślić*) zabezpieczonego w jałowym pojemniku (ok. 1 cm³)
- jednego wyodrębnionego fragmentu tkanki płodu w soli fizjologicznej/ formalinie (*niewłaściwe skreślić*) zabezpieczonego w jałowym pojemniku (ok. 1 cm³)
- jednego bloczka parafinowego zawierającego fragment kosmówki lub tkanki płodu

*/właściwe pole zaznaczyć/

Jednocześnie wyrażam zgodę na wykonanie badania genetycznego z wyżej wymienionego materiału biologicznego oraz potwierdzam, iż zapoznałem(łam) się z „Wymogami dotyczącymi pobierania materiału do badań genetycznych po poronieniu” obowiązującymi w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie.

.....

data oraz czytelny podpis pacjenta