

Žádanka ke genetickému vyšetření příbuznosti osob

Objednavatel vyšetření (klient):		Žadatel o vyšetření (lékař):		
Jméno a příjmení: Rodné číslo: Kontaktní údaje (adresa, telefon):		(jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)		
Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v této žádance jsou pravdivé a že biologický materiál byl odebrán osobám uvedeným níže, jejichž totožnost byla ověřena na základě předloženého průkazu totožnosti.				
Datum a podpis žadatele:				
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	Odebraný materiál	Poznámka*
Otec			☐ periferní krev ☐ bukalní stěr (2x)	
Dítě			☐ periferní krev ☐ bukalní stěr(2x)	
Matka			☐ periferní krev ☐ bukalní stěr (2x)	
Další osoba (uved'te)			☐ periferní krev ☐ bukalní stěr (2x)	
Další osoba (uved'te)			☐ periferní krev ☐ bukalní stěr (2x)	
Další osoba (uved'te)			☐ periferní krev ☐ bukalní stěr (2x)	
*Do poznámky uveďte etnikum, transplantace, transfuze apod. (včetně transplantace kostní dřeně)				

Výsledek zaslat na e-mail lékaře: _____		Doporučeně poštou:
Informovaný souhlas – vyšetřovaná osoba:		
K žádance na vyšetření příbuznosti osob je nutno vyplnit pro každou vyšetřovanou osobu informovaný souhlas. Souhlasy od všech vyšetřovaných osob prosíme zaslat společně s žádankou a vzorkem do laboratoře. Informovaný souhlas je k dispozici na https://www.gntlabs.cz/glex/informovane-souhlasy		
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 příjmu vzorku/žádanky:	Vzorek/žádanku přijal(a):	

