

## Žádanka ke genetickému vyšetření příbuznosti osob

<b>Žadatel o vyšetření:</b>					
Jméno a příjmení:			Číslo pojistěnce: 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					
<b>Žádost o vyšetření:</b>					
<input type="checkbox"/> test příbuznosti (v případě příbuzenské analýzy vždy doporučujeme do testu zahrnout matku testovaného dítěte/děti)					
<b>Vyšetření následujících osob:</b>					
Vyšetřovaná osoba	Jméno a příjmení	Rodné číslo	Kontaktní údaje (adresa, telefon)	Odebraný materiál	Poznámka*
Otec				<input type="checkbox"/> periferní krev <input type="checkbox"/> bukalní stěr	
Dítě				<input type="checkbox"/> periferní krev <input type="checkbox"/> bukalní stěr	
Matka				<input type="checkbox"/> periferní krev <input type="checkbox"/> bukalní stěr	
Další osoba (uvedte)				<input type="checkbox"/> periferní krev <input type="checkbox"/> bukalní stěr	
Další osoba (uvedte)				<input type="checkbox"/> periferní krev <input type="checkbox"/> bukalní stěr	
Další osoba (uvedte)				<input type="checkbox"/> periferní krev <input type="checkbox"/> bukalní stěr	
<small>*Do poznámky uveďte etnikum, transplantace, transfuze apod.</small>					
<b>Způsob převzetí výsledku:</b>					
<input type="checkbox"/> poštou (doporučeně) <input type="checkbox"/> poštou (do vlastních rukou) <input type="checkbox"/> osobní převzetí					
<b>Informovaný souhlas – vyšetřovaná osoba:</b>					
K žádance na vyšetření příbuznosti osob je nutno vyplnit informovaný souhlas pro každou testovanou osobu - viz tento formulář					
<b>Vyšetření provádí:</b> GENNET, s.r.o., Laboratoře GENNET, Pekařská 635/6, 158 00 Praha 5 – Jinonice , Tel: 226 231 691					
<b>Záznamy laboratoře:</b>					
Datum a čas příjmu vzorku/žádanky:			Vzorek/žádanku přijal(a):		

