

Imię i nazwisko osoby zlecającej badanie:

Przychodnia / Lekarz zlecający

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY BADANEJ:

*Adres:

PESEL:

NIP (dotyczy instytucji):

e-mail:

tel. kontaktowy:

Proszę o udostępnienie mi wyników badań laboratoryjnych poprzez e-mail i przekazanie mi hasła logowania na wskazany adres e-mail.
Oświadczam, że zapoznałem(am) się z regulaminem o ochronie danych laboratorium i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu i w zakresie potrzeb niezbędnych do realizacji usługi (Dz.U. z 2002r. Nr101, poz.926 z późn.zm.)

DANE UZUPEŁNIAJĄCE:

PŁEĆ K M

RODZAJ DOSTARCZONEGO MATERIAŁU

KAŁ (1 PRÓBA, POSIEW, str. 1) KAŁ (3 PRÓBY, PASOŻYTY, str. 2) MOCZ SUROWICA KREW PEŁNA INNY

Wskazania do badań / objawy, inne uwagi; antybiotyki (nazwa chemiczna) / leki przeciwpasożytnicze

ODBIÓR WYNIKÓW **:

- skrzynka e-mail
 osobisty w biurze AmerLab
 list polecony (opłata 10 zł)
 przesyłka kurierska (opłata 20 zł)

FORMA PŁATNOŚCI **:

- gotówką w kasie AmerLab
 przelew na konto
ING Bank Śląski S.A. 22 1050 1012 1000 0090 3060 3402
(najpóźniej w dniu zlecenia badania)

Wyrażam zgodę na: (1) wykonanie badania metodami stosowanymi w laboratorium; (2) otrzymanie skróconej wersji sprawozdania z badania; (3) wykorzystanie wyników do celów opracowań statystycznych, epidemiologicznych i naukowych (zgodnie z RODO Dz.U.U.E.L.2016.119.1). Zapoznałem(am) się z obowiązkiem informacyjnym wykonywanym przez Spółkę na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólnie RODO Dz.U.U.E.L.2016.119.1).

Data i podpis osoby zlecającej badanie:

* wyniki zostaną wysłane na adres podany w zleceniu **zaznaczyć właściwe

BADANIA OGÓLNE

KAŁ

- H/OGS/3/1 Krew utajona (KAL-KRE)
 H/OGS/3/2 Kalprotektyna (CALPST)
 H/OGS/3/7 *Entamoeba histolytica* antygen (ENHI)
 H/OGS/3/8 *Helicobacter pylori* – antygen (HELACE)
 H/OGS/3/9 *Clostridium difficile* GDH+ toksyna A+toksyna B (CLOSTR)
 H/OGS/3/10 Posiew ogólny kału (P-KAL)
 H/OGS/3/11 Posiew kału w kierunku grzybów drożdżopodobnych (PG-KAL)
 H/OGS/3/13 Posiew ogólny kału (dzieci do 2 lat) (P-KALD)

BADANIA DODATKOWE

Podmiot zlecający

Podpis osoby zlecającej

OPŁATA ZA POBRANIE KRWI - 10 zł (należy uiścić razem z opłatą za badania)

BADANIA MIKROSKOPOWE	BADANIA SEROLOGICZNE	BADANIE ALERGENÓW
<u>KAŁ</u> <input type="checkbox"/> H/AM/1/1 Mikropasożyty jelitowe – rozmaz <input type="checkbox"/> H/AM/1/2 <i>Giardia intestinalis</i> - rozmaz <input type="checkbox"/> H/AM/1/3* <i>Cryptosporidium sp./Giardia intestinalis</i> IFA – badanie immunofluorescencyjne <input type="checkbox"/> H/AM/1/4 <i>Entamoeba sp.</i> - rozmaz <input type="checkbox"/> H/AM/2/1 Badanie ogólne kału – flotacja <input type="checkbox"/> HAM/2/2 Badanie ogólne kału – sedymentacja <input type="checkbox"/> H/AM/2/5 Badanie ogólne kału – sedymentacja z zagęszczeniem + rozmaz <input type="checkbox"/> H/BD/1/1 Badanie na strawność (resztki pokarmowe) <u>INNY MATERIAŁ BIOLOGICZNY</u> <input type="checkbox"/> H/AM/2/4 Badanie w kierunku owsików (z zestawem do badania) <input type="checkbox"/> H/AM/4/1 <i>Echinococcus sp.</i> – płyny z torbieli, cyst/bioptaty <input type="checkbox"/> H/AM/4/2 <i>Taenia solium</i> – płyny z torbieli, cyst/bioptaty <input type="checkbox"/> H/AM/4/3 wykrywanie nużeńców (<i>Demodex sp.</i>) <input type="checkbox"/> H/AM/4/4 wykrywanie pasożytów – badanie zawartości torbieli, cyst / bioptatów <input type="checkbox"/> H/AM/4/5/ określanie gatunków/form rozwojowych stawonogów/ pasożytów <input type="checkbox"/> H/AM/4/6 <i>Trichinella spp.</i> – badanie materiału tkankowego (bioptatu), włośnica <input type="checkbox"/> H/AM/4/7 Badanie moczu w kierunku <i>Schistosoma</i>	<u>KAŁ</u> <input type="checkbox"/> H/BS/13/1 wykrywanie antygenu <i>Giardia</i>	<input type="checkbox"/> H/BA/1 Pakiet 1 Myfoodprofile 54 <input type="checkbox"/> H/BA/2 Pakiet 2 Myfoodprofile 108 <input type="checkbox"/> H/BA/3 Pakiet 3 Myfoodprofile 216 <input type="checkbox"/> H/BA/4 Pakiet 4 Myfoodprofile 216 mediterranean
	<u>PANELE BADAŃ</u> <u>PASOŻYTY JELITOWE</u> <input type="checkbox"/> H/PP1 pakiet podstawowy 1 <input type="checkbox"/> H/PP2 pakiet podstawowy 2 <input type="checkbox"/> H/PR pakiet rozszerzony <input type="checkbox"/> H/PPD pakiet podróże <input type="checkbox"/> H/PDZ pakiet dzieci	<u>INFEKCJE ODKLESZCZOWE BADANIA MOLEKULARNE</u> <u>KREW</u> <input type="checkbox"/> H/BM/3/1 <i>Anaplasma phagocytophilum</i> <input type="checkbox"/> H/BM/3/2 <i>Babesia spp.</i> <input type="checkbox"/> H/BM/3/3 <i>Bartonella henselae</i> <input type="checkbox"/> H/BM/3/4 <i>Borrelia burgdorferi sensu lato</i> <input type="checkbox"/> H/BM/3/5 <i>Neoehrlichia mikurensis</i> <input type="checkbox"/> H/BM/3/6 <i>Borrelia miyamotoi</i> <input type="checkbox"/> H/BM/3/7 <i>Rickettsia</i>
<u>BADANIA MOLEKULARNE (DNA)</u> <input type="checkbox"/> <u>KAŁ</u> <input type="checkbox"/> H/BM/1/1 <i>Cryptosporidium spp.</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/1/2 <i>Giardia (Lambli) intestinalis</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/1/3 <i>Cyclospora cayetanensis</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/1/4 <i>Cystoisospora belli</i> (dawniej <i>Isospora belli</i>) PCR <input type="checkbox"/> H/BM/1/5 <i>Blastocystis hominis</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/1/6 <i>Taenia solium</i> PCR <input type="checkbox"/> <u>KREW</u> <input type="checkbox"/> H/BM/1/7 <i>Leishmania sp.</i> badanie mikroskopowe i PCR <input type="checkbox"/> <u>Infekcje odkleszczowe</u> <input type="checkbox"/> H/BM/3/1 <i>Anaplasma phagocytophilum</i> nested-PCR <input type="checkbox"/> H/BM/3/2 <i>Babesia spp.</i> badanie mikroskopowe i PCR <input type="checkbox"/> H/BM/3/3 <i>Bartonella henselae</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/3/4 <i>Borrelia burgdorferi sensu lato</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/3/5 <i>Neoehrlichia mikurensis</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/3/6 <i>Borrelia miyamotoi</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/3/7 <i>Rickettsia</i> PCR <input type="checkbox"/> <u>INNY MATERIAŁ BIOLOGICZNY</u> <input type="checkbox"/> H/BM/1/8 <i>Fusarium sp.</i> <input type="checkbox"/> H/BM/2/1 <i>Enterocytozoon bieneusi</i> PCR		<u>INFEKCJE ODKLESZCZOWE PANELE BADAŃ</u> <input type="checkbox"/> H/BM/4/1 Wykrywanie DNA 3 patogenów <input type="checkbox"/> H/BM/4/2 Wykrywanie DNA 4 patogenów <input type="checkbox"/> H/BM/4/3 Wykrywanie DNA 5 patogenów