








OBRAZAC ZAHTJEVA ZA ANALIZU

* Obvezna polja

PODACI O CENTRU/SPECIJALISTU			
Ime: *	Prezime: *		Registracijski broj: *
E-mail: *	Tel.: *	Specijalnost: *	
Centar/bolnica: *	Adresa:		
Potpis liječnika: * _____			

PODACI O PACIJENTU			
Ime: *	Prezime: *		
Spol: * <input type="checkbox"/> Ženski <input type="checkbox"/> Muški	Tel.: *	Datum rođenja: * / / (dan/mjesec/god)	
ID: *	Adresa:	E-mail:	
Težina: _____ kg	Visina: _____ cm	Jeste li trudni: * <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	

PODACI O UZORKU (popunjava pacijent)						
Datum uzorkovanja: * / / (dan/mjesec/god)						
Bristolaska ljestvica: S pomoću ove ljestvice zabilježite tip stolice na dan uzorkovanja (označite odgovarajuću kućicu) *						
<input type="checkbox"/> Tip 1	<input type="checkbox"/> Tip 2	<input type="checkbox"/> Tip 3	<input type="checkbox"/> Tip 4	<input type="checkbox"/> Tip 5	<input type="checkbox"/> Tip 6	<input type="checkbox"/> Tip 7
						

INFORMIRANI PRISTANAK PACIJENTA	
<p>Potpisivanjem ovog obrasca potvrđujem da sam pročitao/pročitala i prihvaćam informacije navedene u „Informiranom pristanku“ priloženom ovom obrascu zahtjeva za analizu te da sam razumio/razumjela njegov sadržaj. Potvrđujem da imam najmanje 18 godina i da sam sposoban/sposobna zaključiti pravno obvezujući ugovor. Potvrđujem da su svi navedeni osobni podaci istiniti i da je dostavljeni biološki uzorak moj te da ne pripada trećoj osobi. Pristajem na provedbu genske analize myBIOME i prihvaćam da je za provedbu testa potrebno dobiti biološki uzorak.</p> <p>Prihvaćam i da se na mom biološkom uzorku provede isključivo test naveden u ovom zahtjevu i nijedna druga vrsta testa. Ovlašćujem društvo SYNLAB Spain (SYNLAB DIAGNOSTICOS GLOBALES SAU) sa sjedištem na adresi C/ Verge de Guadalupe 18, 08950 Esplugues de Llobregat, Španjolska, (u daljnjem tekstu „SYNLAB“) za to da moj biološki uzorak pošalje svojim laboratorijima ili suradnicima kako bi mi pružilo ugovorenu uslugu, kao i prijenos podataka društvu SYNLAB-u i suradnicima. Izjavljujem da sam upoznat (a) s mogućnošću opoziva privole u bilo kojem trenutku, bez navođenja razloga.</p> <p>Potpisivanjem ovog obrasca POTVRĐUJEM da NEMAM znakove ni simptome niti jedne od sljedećih bolesti: kolera, visokopatogena influenza ptica u ljudi (HPAIH), ljudska svinjska gripa s pandemijskim potencijalom, kuga, bjesnoća, teški akutni respiratorni sindrom (SARS), velike boginje, virusna hemoragijska groznica u ljudi, žuta groznica, bilo koja egzotična bolest u Australiji.</p>	
Potpis pacijenta ili zakonskog zastupnika: *	Datum: * / / (dan/mjesec/god)