

Hasta Bilgileri

Adı, Soyadı*
Cinsiyeti Kadın [] Erkek []
Kimlik Numarası*
Doğum Tarihi*
Telefon* ()
E-posta

Klinik Bilgileri

Adı, Soyadı*
Merkez Adı*
Telefon* ()
E-posta
Adres
Numune Adeti

NUMUNE BİLGİSİ

Alınma Tarihi

Numune Tipi Tam Kan [] Tükürük [] DNA [] Kemik İliği [] Sperm []
Taze Doku, Orjinal:* [] FFPE Doku, Orjinal:* [] Diğer []

Prenatal Numune Koryon Villüsleri [] Amniyotik Sıvı [] Gebelik Haftası* [] Gebelik Materyali []

Talep Edilen Test Tanım ve Kodları

Klinik Tanı ve Bulgular

Tanım Kodları için <https://bionmark.com/kodlar>



Aile Genetik Öyküsü - Soyağacı (Var ise)

Not: Genetik bulguların doğru bir şekilde yorumlanması için hastanın klinik evrakının gönderilmesi tavsiye edilmektedir.

Bu formu imzalayarak, bu testin uygulanmasından doğacak riskler ve sonuçlar hakkında hastayı bilgilendirdiğimi, hastanın tüm sorularının çözüme kavuşturulduğunu ve bu testi uygulamak için hastanın açık yazılı onayını aldığımı tasdik ederim.

NUMUNENİN ALINDIĞI MERKEZ

Doktor*	Doktor İmzası/Tarih*
---------	----------------------

6698 sayılı Türkiye Kişisel Verilerin Korunması Kanunu gereğince paylaştığınız verileriniz korunmaktadır.



0850 800 40 50



www.bionmark.com



nfo@bionmark.com