

	<b>OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE MATERIAŁU Z PORONIENIA/CIAŻY OBUMARŁEJ</b>	<b>UNIwersYTECKI SZPITAL DZIECIĘCY W KRAKOWIE</b> <b>Laboratorium Cytogenetyki i Genetyki Molekularnej</b> ul. Wielicka 265; 30-663 Kraków tel.: 12-658-20-11 wew. 1398, 1296, kod NFZ 061/100203. Regon 351375886-00033 kod res.: cz. I. 000000018602, cz. V 01, cz. VII 115
---	--	--

Ja ....., nr PESEL:

(imię i nazwisko)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

legitymująca(y) się dokumentem potwierdzającym tożsamości .....

(seria i numer)

zamieszkała(y).....

(kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu/mieszkania)

oświadczam, iż pozostawiam do badania materiał biologiczny w postaci\*:

- jednego wyodrębnionego fragmentu kosmówki lub tkanki płodu w soli fizjologicznej/formalinie (ok. 1 cm<sup>2</sup>) zabezpieczonego w jałowym pojemniku
- jednego bloczka parafinowego zawierającego fragment kosmówki lub tkanki płodu

\*właściwe pole zaznaczyć

Jednocześnie wyrażam zgodę na wykonanie badania genetycznego z wyżej wymienionego materiału biologicznego oraz potwierdzam, iż zapoznałam(ęm) się z „Wymogami dotyczącymi pobierania materiału do badań genetycznych po poronieniu” obowiązującymi w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie.

.....  
(data oraz czytelny podpis pacjenta)