0700 20442
гр. София, ул. Ами Буе 84-86
www.genica.bg

ЗАЯВКА ЗА БАЗОФИЛ-АКТИВАЦИОНЕН ТЕСТ (БАТ)

Имена

Дата на раждане: Дата на посещение:

Телефон/ GSM: Брой алергени :

Желая да бъдат изследвани следните храни:

☐ Peanut (Фъстък)

☐ Cashew nut (Кашу)

☐ Hazelnut (Лешник)

☐ Cow milk (Краве мляко)

☐ Casein (Казеин)

☐ Egg White (Яйчен белтък)

☐ Walnut (Орех)

☐ Pistachio nut (Шам фъстък)

Декларирам, че съм запознат със следните условия за извършване на БАТ тест:

Реакция към алергените, може да бъде отчетена само при наличие на алергична реакция свързана с прием на съответния алерген до 6 месеца преди провеждане на теста

Приемът на кортикостероидни медикаменти трябва да бъде спрян минимум две седмици преди провеждане на теста.

Удостоверявам, че моят лекар ме е информирал за уместността и обхвата на съответния диагностичен тест. Съгласявам се остатъчният клиничен материал да бъде съхраняван с цел верификация, допълнителни лабораторни назначения и научно-развойна дейност. С подписа си декларирам съгласие за съхранение и обработка на личните ми данни, съгласно ЗЗЛД и Директива 95/46/ЕО, от Лаборатория „Геника” и СМДЛ „Геномен Център България“.

Подпис на пациента: