Направление за алергии и хранителни непоносимости

Име, Презиме, Фамилия:_____

Дата на раждане: _____

Телефон/ GSM: _____

Назначени изследвания (Попълнете задължително!):_____

_____

Насочен от: _____

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО СЕ ПОПЪЛВА!

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:_____