

LABORATÓRIUMI VIZSGÁLTATKÉRŐ

A kérlapot **OLVASHATÓ NYOMTATOTT NAGYBETŰVEL** kérjük kitölteni!**PÁCIENS ADATAI** (kötelező)

Mintaazonosító:

Név: Neme: ☐ nő ☐ férfi
Születési hely, idő: TAJ/egyéb azonosító:
Anyja neve: Egyéb azonosító típusa:
Lakcím:
E-mail cím: Telefon:

Nyilatkozom, hogy a Clinomics Europe Kft. által kiadott Adatkezelési Tájékoztatót, ami a cég weboldalán elektronikus formában elérhető (www.clinomicsdiag.hu) elolvastam, megértettem és elfogadtam. A kérdéseimet feltehettem, azokra megfelelő, érthető választ kaptam. A Clinomics Europe Kft. által kiadott Adatkezelési Tájékoztató ismeretében személyes adataimnak a hírlevél küldése céljából történő kezeléséhez:

☐ Hozzájárulok☐ Nem járulok hozzá**Szolgáltató tölti ki****BEKÜLDŐ INTÉZMÉNY ADATAI** (kötelező, pecsét elfogadható)

Neve: ÁNTSZ azonosító:

Címe:

Telefon: E-mail:

BEKÜLDŐ ORVOS vagy FELVILÁGOSÍTÁST**VÉGZŐ SZAKORVOS ADATAI** (kötelező)

Neve:

Pecsétszáma:

P.H.

Aláírás

Mintavétel dátuma (nap, óra, perc):

Leletküldés módja: ☐ Páciensnek ☐ Szolgáltatónak

Minta típusa: ujjbegyvér

MAGÁNFINANSZÍROZOTT VIZSGÁLATOK**Egészségmegőrzés, betegségmegelőzés**☐ BioAge – biológiai életkor meghatározása telomerhossz méréssel**BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT LABORATÓRIUMI VIZSGÁLATHOZ**

Jelen vizsgálatkérő lap aláírásával önkéntes, kifejezett, határozott és megfelelő tájékoztatáson alapuló hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy tőlem biológiai mintát vegyenek és abból a kért vizsgálato(ka)t elvégezzék.

Tudomásul veszem, hogy a vizsgálat teljesítéséhez, a mintámat és személyes adataimat – egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó jogszabályok betartása mellett - a Clinomics Europe (a Szolgáltató) szerződött partnerének diagnosztikai laboratóriumba továbbíthatja. (Hivatkozva a www.clinomicsdiag.hu honlapon az Adatvédelmi és adatkezelési tájékoztatóra is.)

Nyilatkozom, hogy a vizsgálat céljára és az eredményekre vonatkozó tájékoztatást teljeskörűen megismertem, megértettem és elfogadom. Tudomásul vettem továbbá, hogy a lelet tartalmának önálló, vagy egyéb források alapján történő értelmezése nem helyettesíti a szakszerű orvosi véleményt.

Nyilatkozom, hogy az elkészült genetikai vizsgálatok eredményei **EESZT-be** (Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér) **történő jelentése kizárólag külön igény és nyilatkozat esetén történik**. Igényemet a mintavételt végző egészségügyi szolgáltató cég felé írásban (e-mail) van lehetőségem jelezni.

A jelen nyilatkozatban foglaltakat megértettem, tudomásul vettem és aláírással hitelesítem.

Hely, dátum:

Aláírás*

*Érintett, vagy törvényes képviselő aláírása; korlátozottan cselekvőképes, ill. cselekvőképtelen érintett esetén törvényes képviselő aláírása és olvasható neve.

VIZSGÁLATI ŰRLAP

Kérjük, az alábbi kérdéseknél válassza ki az Önre leginkább jellemző opciót!

1. **Gyakran fogyaszt ultrafeldolgozott élelmiszereket?** ☐ Igen ☐ Nem

2. **Átesett korábban COVID-19 fertőzésen?** ☐ Igen ☐ Nem

3. **Gyakran fogyaszt alkoholt?** ☐ Igen ☐ Nem

Nők és idősek esetében egy egység, férfiak esetében két egység nagyobb napi alkoholfogyasztás esetén áll fenn. Egy egység alkohol 12 gramm etanolt jelent, ami körülbelül egy pohár bornak (125 ml), egy üveg sörnek (330 ml) vagy egy kis pohár likőrnek (40 ml) felel meg. Ha az alkoholfogyasztása hetente több mint 2 alkalommal meghaladja az ajánlott adagot, kérjük, válassza az igen opciót.

4. **Dohányzik?** ☐ Igen ☐ Nem

Ha naponta több mint két cigarettát szív el, kérjük, válassza az igen opciót.

5. **Fennáll Önnél a fizikai aktivitás hiánya?** ☐ Igen ☐ Nem

Mozgás és testmozgás nélküli életmód. Kérjük, válassza az igen opciót, ha Ön általában nem végez rendszeresen fizikai tevékenységet.

6. **Küzd alvási problémákkal vagy álmatlansággal?** ☐ Igen ☐ Nem

Álmatlanság, alvási nehézség vagy rendellenes alvás, elhúzódó ébrenléttel. Kérjük, válassza az igen lehetőséget, ha minden éjszaka vagy szinte minden éjszaka alvászavart tapasztal.

7. **Fizikai aktivitása meghaladja a heti 10 órát?** ☐ Igen ☐ Nem

Folyamatos és intenzív edzés esetén áll fenn, amely a nagy teljesítményű sportolókra jellemző. Válassza az igen opciót, ha heti 10 óránál többet edz.

Hely, dátum:

.....
Aláírás*

*Érintett, vagy törvényes képviselő aláírása; korlátozottan cselekvőképes, ill. cselekvőképtelen érintett esetén törvényes képviselő aláírása és olvasható neve.