



INSTYTUT HEMATOLOGII I TRANSFUZJOLOGII

Zakład Hemostazy i Chorób Metabolicznych

Pracownia Choroby von Willebranda

02-776 Warszawa, ul. Indiry Gandhi 14

Deklaracja zgody pacjenta / opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE / ZGODA PACJENTA / OPIEKUNA PRAWNEGO NA PRZESŁANIE WYNIKÓW

Fax-em / pocztą

Imię i nazwisko, PESEL pacjenta.....

.....

Imię i nazwisko, PESEL opiekuna prawnego*.....

.....

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na przesłanie wyników badań:

- Oznaczenia aktywności ADAMTS13 met. chromogenną
- Oznaczenia inhibitora ADAMTS13 met. chromogenną
- Oznaczenia mutacji typu Leiden
- Oznaczenia mutacji genu protrombiny G20210A
- Oznaczenia mutacji genu MTHFR C677T

.....

Poczta, na adres.....

Fax, na numer faxu.....

Miejscowość, data, podpis.....

Pacjent / opiekun prawny

*niepotrzebne skreślić