Zakład i Poradnia Genetyki Klinicznej
Centralny Szpital Kliniczny UM w Łodzi
Centrum Kliniczno-Dydaktyczne UM w Łodzi
92-213 Łódź, ul. Pomorska 251
budynek A1 poziom 9
wejście wschodnie od ul. Czechosłowackiej

Zakład:
tel. 42 272 57 67
beata.skoczylas@umed.lodz.pl
Poradnia:
tel. 42 272 53 53, tel. 42 272 53 55
porgen@cskis.umed.pl

ZLECENIE BADANIA GENETYCZNEGO

DOTYCZY: wykonanie badania genetycznego w Zakładzie Genetyki Klinicznej CSK UM w Łodzi

Dane pacjenta:

Nazwisko i Imię: _____

PESEL: _____

Telefon kontaktowy: _____

e-mail: _____

oświadczam, że:
koszty zleconego ***badania genetycznego*** ponoszę osobiście

zlecone badanie:

Proszę zaznaczyć badanie	**Nazwa procedury medycznej lub diagnostycznej**	**Cena w zł**
	Badanie molekularne techniką sekwencjonowania następnej generacji (NGS): ZESPOŁY CUKRZYCY MONOGENOWEJ (ZESPÓŁ ALSTROMA, ZESPÓŁ WOLFRAMA, ZESPÓŁ BARDETA-BIEDLA) BBS1, BBS2, ARL6, BBS4, BBS5, MKKS, BBS7, TTC8, BBS9, BBS10, TRIM32, BBS12, MKS1, CEP290, WDPCP, SDCCAG8, LZTFL1, BBIP1, IFT27, IFT74, TMEM67, CCDC28B, C8ORF37, ALMS, WFS1, CISD2	2600,-
	Konsultacja genetyczna	200,-

Zgadzam się, w przypadku konieczności, na pobranie ode mnie ok. 2 ml krwi obwodowej w celu przeprowadzenia testu kontaminacji badanej próbki materiałem matczynym.

.....
data i podpis pacjenta