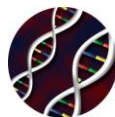


ФОРМУЛЯР-ПОРЪЧКА

REQUISITION FORM



AMGENLAB
American Genetics Laboratories

Patient identification (данни за пациента)

Sample type: DNA (ДНК) blood (кръв) buccal swab (тампон) other (друго): _____
Вид на пробата

Last Name: _____ First Name: _____ Date of Birth: _____
(Фамилия) (Име) (Дата на раждане)

Hospital/Patient ID # _____ Gender: male female
(Болничен номер на пациента – ако има) (Пол) (М) (Ж)

Ethnic origin: _____ Country of Birth: _____
(Етнически произход) (Държава, в която е роден)

Indication for test, family history: _____
(Индикации за тестване, фамилна история и др.)

Short clinical description (optional): _____
(Кратко клинично описание)

Requesting physician /clinic (Данни за клиниката/лекаря/, поръчващи теста)

Last Name: _____ First Name: _____
(Фамилия) (Име)

Name of the Institution/Clinic: _____
(Име на клиниката/институцията)

Address: _____
(Адрес)

Country (Държава): _____

e-mail: _____ Phone: _____ Fax: _____

Payment: invoice in advance CreditCard PayPal
(Начин на плащане) (Проформа) (Авансово) (Кредитна карта)

Date (Дата): _____ Physician Signature (Подпис на лекаря): _____

Requested analysis (Поръчани анализи):

Disease name: _____ Synonym: _____
(Име на болестта) (Синоним)

Gene symbol: _____ OMIM*: _____
(Код на гена)

*OMIM - Онлайн база-данни с каталог на всички известни болести с генетичен компонент <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/omim>

Other (Други): _____

Consent to genetic testing (Съгласие за извършване на генетичен тест)

Patient (Пациент):

Last Name: _____ Date of Birth: _____ First Name: _____
(Фамилия) (Дата на раждане) (Име)

I hereby agree that genetic testing will be performed on me / my child and that the material will be stored for review of results and for any additional test that may be necessary to obtain a clear result or for research purposes.

С подписа си удостоверявам, че давам съгласието си на мен/на детето ми/ да бъде извършен генетичен тест и материалът ще бъде съхранен за преглед на резултатите и за всякакви други допълнителни тестове, които могат да бъдат необходими за получаване на ясен резултат или за изследователски нужди.

Place/Date (Град и дата)

Signature of Patient/Parent (Подпис на пациента/родителя)

Name, Stamp of Physician (Име и печат на лекаря)

Signature of the Physician (Подпис на лекаря)