



TEST REQUISITION FORM

FORMULÁŘ ŽÁDOSTI O TEST

Prosíme, zašlete do Life Length

Patient Information/Informace pacienta THIS SECTION IS A REQUIREMENT/TATO SEKCE JE POVINNÁ

Date of birth (DD/MM/YYYY)/Datum narození (DD/MM/RRRR): / /

Gender/Pohlaví: Male/Muž Female/Žena

Weight/Váha (kg): Height/Výška (cm):

Race/Rasa: Caucasian
Europoidní African American
Afroamerická Asian
Asijská

Has the patient ever done the test before? Yes/Ano No/Ne
/Prováděl klient test již někdy dříve?

If yes, previous sample code:
/Pokud ano, uveďte předchozí kód vzorku:

Will the patient complete the online questionnaire?: Yes/Ano No/Ne
/Vyplní klient online dotazník?

Language of the Results Report: English
Anglicky Spanish
Španělsky Czech
Česky Japanese
Japonsky French
Francouzsky
Jazyk zprávy s výsledky:

Completion of the optional online questionnaire is recommended in order to generate a more personalized Results Report.
Vyplnění volitelného online dotazníku se doporučuje za účelem vytvoření více personalizované zprávy o výsledcích.

Ordering Physician/lékař žádající provedení testu

Name/Jméno: MUDr. František Zámola

Signature/Podpis: _____

Check the box to confirm that the patient has signed the consent form and authorizes Life Length to use the results and the remaining aliquots that have been used to perform the requested test for scientific research purposes, as well as for lines related to the one initially proposed, including those carried out by third parties (the data will be anonymous).

Zaškrtnutím políčka potvrďte, že pacient podepsal formulář „Vzor informovaného souhlasu“ a povoluje společnosti Life Length nebo i třetí straně použít zbývající část vzorku, která nebyla použita k provedení požadovaného telomerového testu, k výzkumným účelům souvisejícím s původním účelem odběru (data budou anonymní).

Specimen Information/Informace o vzorku



10 ml K2 EDTA tube (inside the kit)

THE TUBE MUST BE LABELED WITH BAR-CODED LABEL WITH THE PURPLE DOT

ZKUMAVKA MUSÍ BÝT OZNAČENA ŠTÍTKEM S ČÁROVÝM KÓDEM S FIALOVOU TEČKOU

Blood Draw Date (DD / MM / YYYY)
Datum odběru krve (DD/MM/RRRR)

/ /

Time Collected
Čas odběru

:

AM/Dopoledne

PM/Odpoledne

Patient Identification Code/Identifikační kód pacienta

Place label here
Sem umístěte štítek

Test Requisition Form
Formulář žádosti o test



LIFE LENGTH