

Allmän Information

Kära kund,

Läs följande sidor noggrant och följ stegen för att slutföra din beställning.

Provtagningskriterier

Av juridiska skäl kan laboratoriet inte analysera prover som inte är korrekt markerade och där det finns tvivel om provets exakta ursprung. Om prover med tvivelaktigt ursprung anländer till laboratoriet analyseras de inte. På liknande sätt är ett signerat formulär en förutsättning för analysen skall godkännas.

Förväntad svarstid

(Genetisk) analysering är en mycket komplex teknisk procedur, dessutom kan det vara stora skillnader i provkvalitet. Av denna anledning är den förväntade svarstiden (uppmätt från tidpunkten för provets ankomst till att rapporten är klar):

2-4 veckor

Den genomsnittliga svarstiden för genetiska analyser av andra laboratorier världen över är vanligtvis 9-12 veckor, så vi ber om din förståelse för vår maximala tid på 4 veckor.



OBS! Detta formulär kommer att läsas av ett automatiserat system!



Använd en svart eller blå penna



Sätt inte sidorna ihop med tejp



Fyll i all information så exakt som möjligt med **STORA BOKSTÄVER**



Häfta inte i sidorna



Vänligen kryssa för, vid behov



Fäst inte klisterlappar på formuläret



Skrivs det något utanför de angivna fälten så kan det inte läsas och kommer att ignoreras



Rulla inte formuläret



Använd inte adressetiketter eller liknande. Utan fyll i lämpliga fält manuellt



Vik inte formuläret

Laboratorieadress: Genetic Laboratory, Strass 19, 5301 Eugendorf, Österrike
Öppetider: måndag till torsdag 8:00 - 17: 00, fredag 8:00 - 12: 00

Intyg om samtycke

Samtycke

Jag bekräftar att (genetiska) analysen utförs på mig (eller för mitt barn, som jag har vårdnad om). Samtycket kan återkallas när som helst och jag har rätt att granska mina beslut och att be laboratoriet att förstöra undersökningsresultaten.

Medicinska aspekter

När det gäller medicinska analyser bekräftar jag att jag har informerats tillräckligt om omfattningen, betydelsen och möjliga konsekvenser av den genetiska undersökningen och att jag har haft möjlighet att få svar på alla mina eventuella frågor.

Jag informeras också tillräckligt om risken för en möjlig sjukdom, liksom sannolikheten att överföra ett eventuellt existerande genetiskt drag till barn, föräldrar eller syskon kan också vara bärare av detta genetiska drag. Jag inser också att den identifierade sjukdomsrisken i en medicinsk analys representerar en statistisk sannolikhet och inte ett absolut faktum. Jag inser att de rekommenderade förebyggande åtgärderna minskar risken för sjukdom, men kan inte utesluta att en sjukdom kan utvecklas. En överföring av analysresultat till familjemedlemmar och deras behandlande läkare eller till tredje part omfattas inte av denna tjänst.

Beställning

Jag bekräftar härmed att laboratoriet Novogenia GmbH tekniskt analysera provet. Därefter utvärderar DNA Plus - Centrum för Humangenetik GmbH resultaten och skapar analysrapporten. DNA Plus Center för Humangenetik GmbH är leverantören för analysen. Denna och annan viktig information kan hittas via <http://www.novogenia.com/sv/Footer/terms-and-conditions>. Jag är medveten om denna informationskälla och jag hade möjlighet och tillräckligt med tid att bekanta mig med informationen. Jag accepterar och bekräftar de nuvarande villkoren. Jag har fått information om att det är mitt ansvar att skapa en analog eller digital kopia av kontraktet. Jag kan således ta en bild med en smartphone / kamera eller scanna in formuläret. Vid behov kan en kopia av kontraktet begäras när som helst.

Process

Jag bekräftar också att konsultationen från laboratoriet sker uteslutande med moderna kommunikationsmedier och att resultaten skapas och sedan skrivs ut av en extern utskrifts anläggning och levereras via post eller e-post. Mitt dataskydd bevaras därmed. Jag bekräftar också att provet kan skickas till ett externt laboratorium för kvalitetskontroll utan att kränka min datasäkerhet.

Forskning

Anonyma prover som ges till forskning gör det möjligt för forskare att försöka få ett botemedel mot många allvarliga sjukdomar. Vi skulle önska att eventuellt använda ditt prov i forskningssyfte, såvida du inte gör invändningar. Om du inte vill att dina prover ska användas anonymt för forskningsändamål, Fyll i „NOSCIENCE“, och om du vill att dina prover och testresultat ska förstöras efter analysen, vänligen fyll i „DELDATA“ i fältet för processkoder på sidan för beställningsinformation .

Databehandling och lagring

Härmed samtycker jag att alla insamlade uppgifter om mig sparas och alla involverade företag och personer, som är involverade i att utföra tjänsten och producera produkterna, har tillgång till uppgifterna. Dessa inkluderar laboratoriet och dess systerföretag samt mina referensers personer och företag. Jag har läst, förstått och accepterat dataskyddsförordningen via <http://www.novogenia.com/sv/Footer/Terms-and-conditions/Privacy-concept>

Reklam och kontakt för marknadsföring

Vi vill också skicka dig gratis kuponger för nya tester och nyheter om nya produkter när dom kommer. Om du inte vill höra från oss igen, vänligen notera NOAD i fältet för processkoder på sidan för beställningsinformation. Du kan även vid senare tillfälle neka till sådan här information genom att höra av dig till oss.

A B C Fyll i med STORA BOKSTÄVER

✗ Markera vid behov

! Vänligen fyll i allt fälten nedan.
Om informationen saknas kan analysen inte genomföras.

Förnamn:

Efternamn:

Gatuadress:

Postnummer:

Stad:

Land:

Mobilnummer: (med landskod | skriven som +00 00000000 | krävs för Tvåfaktorsautentisering)

E-postadress: (krävs för Tvåfaktorsautentisering)

Kön:

 Kvinna Man

Födelsedatum:

Längd:

 cm

Vikt:

 kg

Etnisk bakgrund:

 Europeisk Afrikansk Arabisk Asiatic Latinamerikansk Blandning

Processkod (i förekommande fall):

Jag ger härmed mitt samtycke som beskrivs i bifogad deklaration. Jag bekräftar att jag håller med om att jag har fått tillräcklig information om innehållet, omfattningen, betydelsen och möjliga konsekvenserna av den, att jag har haft möjlighet att få svar på alla mina frågor och att jag samlade in proverna utefter instruktionerna. Jag håller med om att resultaten skrivs ut av en extern utskriftsanläggning och levereras via posten samtidigt som jag respekterar dataskyddet. Jag instruerar härmed Novogenia GmbH att tekniskt analysera provet och DNA Plus - Zentrum für Humangenetik GmbH kan utvärdera resultaten. Härmed samtycker jag att hela den insamlade informationen om mig sparas och alla företag och personer som är involverade i att utföra tjänsten och producera produkterna har tillgång till uppgifterna. Jag ger mitt tillstånd att kontakta mig för marknadsföringsändamål. Jag hittar informationen om sekretesspolicy och villkor på <https://www.novogenia.com>.

Ort:

Datum:

Signatur:

För minderåriga (18 år), ytterligare underskrift
av en vårdnadshavare behövs:

Orderdetaljer

A B C

Fyll i med STORA BOKSTÄVER



Markera vid behov



Vänligen fyll i allt fälten nedan.

Om informationen saknas kan analysen inte genomföras.

Önskat språk (välj bara ett språk):

Om de begärda analyserna inte är tillgängliga på ditt föredragna språk skickas rapporten på engelska.

Svenska Engelska andra:

Provtagningsdatum:

Provtagningstid:

klocka (24-timmars klocka)

Produktval:

UXT25



DNA Medicinsk Analys

#XMPRP



A B C Fyll i med STORA BOKSTÄVER

X Markera vid behov

Önskad vikt:

kg

Träningsnivå:

timmar per vecka

Basalmetabolism (BMR)
utan fysisk aktivitet (om du vet):

kcal per dag

Fysisk aktivitet på jobbet/skolan:

- Bara liggande / sittande
- Främst sittande
- Delvis sittande, delvis promenader / stående
- Främst promenader / stående
- Fysiskt krävande aktiviteter

Fysisk aktivitet på din fritid:

- Väldigt lätt / knappt något idrottsutövande
- Normal / lätt träning
- Måttligt / frekvent träning
- Aktivt / intensiv träning
- Mycket aktiv / högpresterande sport

Inom vilken kategori klassar du din idrottsliga sysselsättning (Kryssa bara i ett alternativ):

- Ingen idrott alls
- Uthållighetsidrott
- Kampsporter
- Kraft orienterad sport
- Idrott med matchsituationer
- Snabbhet och Styrka
- Uthållighet där hög explosivitet krävs

Medicinsk historia:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes typ 2 | <input type="checkbox"/> Järnbrist | <input type="checkbox"/> Glutenintolerans | <input type="checkbox"/> Hemokromatos |
| <input type="checkbox"/> Hög triglycerid | <input type="checkbox"/> Hög homocystein | <input type="checkbox"/> Laktosintolerans | <input type="checkbox"/> Dåliga kolesterolnivåer |
| <input type="checkbox"/> Neovaskulär | <input type="checkbox"/> Alzheimers | <input type="checkbox"/> Osteoporos | <input type="checkbox"/> Reumatoid artrit |
| <input type="checkbox"/> Urinvägscancer | <input type="checkbox"/> bröstcancer | <input type="checkbox"/> Crohns sjukdom | <input type="checkbox"/> Autoimmun störning |
| <input type="checkbox"/> Tjocktarmscancer | <input type="checkbox"/> Hudcancer | <input type="checkbox"/> Lungcancer | <input type="checkbox"/> Andra cancersjukdomar |
| <input type="checkbox"/> Äggstockscancer | <input type="checkbox"/> Prostatacancer | <input type="checkbox"/> Trombos | <input type="checkbox"/> Høgt blodtryck |
| <input type="checkbox"/> Åderförkalkning | <input type="checkbox"/> Artros | <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Demens |
| <input type="checkbox"/> Bronkit | <input type="checkbox"/> Utmattningssyndrom | <input type="checkbox"/> Kronisk njursjukdom | <input type="checkbox"/> Kroniskt trötthetssyndrom |
| <input type="checkbox"/> Diabetes typ 1 | <input type="checkbox"/> Hjärtrytmrubbningar | <input type="checkbox"/> Acne | <input type="checkbox"/> Hårförlust / sköra naglar |
| <input type="checkbox"/> Hjärtsvikt | <input type="checkbox"/> Hyperaktivitet ADHD | <input type="checkbox"/> Livmoderhalscancer | <input type="checkbox"/> Hypotyreos |
| <input type="checkbox"/> Impotens | <input type="checkbox"/> Migrän | <input type="checkbox"/> Dyslipidemi | <input type="checkbox"/> Hypertyreos |
| <input type="checkbox"/> MS | <input type="checkbox"/> Neurodermatit | <input type="checkbox"/> Grön starr | |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Oxidativ stress | <input type="checkbox"/> Godartad prostatahyperplasi | |
| <input type="checkbox"/> Parkinsons sjukdom | <input type="checkbox"/> Parodontit | <input type="checkbox"/> Frekventa förkylningar | |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Høg tungmetallbelastning | | |



A B C Fyll i med STORA BOKSTÄVER

X Markera vid behov

Vilka livsmedel vill du / måste undvika?

<input type="checkbox"/> Laktos	<input type="checkbox"/> Gluten	<input type="checkbox"/> Nötter	<input type="checkbox"/> Fisk
<input type="checkbox"/> Majs	<input type="checkbox"/> Citrusfrukter	<input type="checkbox"/> Kött	<input type="checkbox"/> Mjölprotein
<input type="checkbox"/> Ägg	<input type="checkbox"/> Skaldjur	<input type="checkbox"/> Frukto	<input type="checkbox"/> Fläsk

Hur många dagar per veckan äter du dessa matprodukter?

Kött:	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Fisk:	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Mjölksprodukter:	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Frukt eller grönsaker:	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Spannmålsprodukter:	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Alkohol:	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

Hur ofta sover du bra?

Aldrig Sällan Ibland Ofta Alltid

Hur ofta känner du dig stressad?

Aldrig Sällan Ibland Ofta Alltid

Hur ofta känner du dig glad?

Aldrig Sällan Ibland Ofta Alltid

Hur många dagar per vecka går du ut i solen minst 5 minuter?

På våren:	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
På sommaren:	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
På hösten:	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
På vintern:	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

Röker du?

Nej, aldrig Nej, inte längre Ja, det händer Ja, varje dag Ja, hela tiden

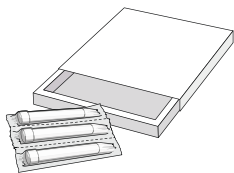
Är du utsatt för passiv rökning?

Nej Ibland Ja

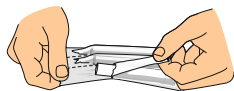


Instruktion - Samling av salivprov

Avstå från att äta eller dricka 30 minuter före topsningen!
Skölj INTE munnen eller borsta tänderna före insamlingen!
För bästa provkvalité, topsa dig på morgonen efter du vaknat!



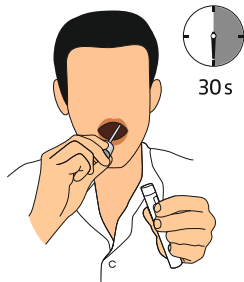
1 Ta alla tillgängliga topsar från förpackningen.



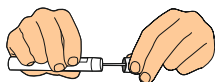
2 Ta bort behållare (rören) från den sterila förpackningen.



3 Ta den första topsen från behållare. Se till att bara vidröra plastlocket!

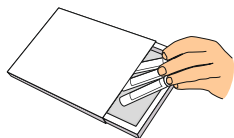


4 Skrapa ytan av topsen, i 30 sekunder, över insidan av kinderna, över tandköttet och över och under tungan med hjälp av en tandborstliknande rörelse.



5 Sätt tillbaka topsen i behållaren. Sätt inte tillbaka behållaren i det sterila förpackningen. (Du kan slänga den sterila förpackningen när alla behållarna är ute ur den)

6 Upprepa denna process med VARJE av de medföljande topsarna.



7 Lägg tillbaka topsarna och det ifyllda formuläret i paketet. Originalförpackningen fungerar också som retur kuvert.



8 Förslut förpackningen i båda ändarna med de medföljande klistermärkena.



9 Skicka paketet tillbaka till laboratoriet. Adressen finns utskrivet på paketet. Använd tillräckligt med porto. (I vissa fall är dom förfrankerade)