



Scheda Accettazione

Barcode

Apporre Timbro Dottore/Laboratorio

Data prelievo: _____

N° protocollo (solo uso interno): _____

INFORMAZIONI SUL CAMPIONE

Nome e Cognome: _____ Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____ Età del bambino/a al momento del prelievo: ____ + ____

Peso del neonato (in Kg): ____ Altezza (in cm): ____ È un secondo prelievo? ☐ SI ☐ NO

Indicazioni all'esame/manifestazioni cliniche (se presenti): _____

Analisi richiesta: ☐ **BABYNEXT CARING FOR LIFE** ☐ **BABYNEXT CARING FOR LIFE PLUS**
(Babynext + Intolleranza al lattosio + Morbo celiaco)
☐ **BABYNEXT FIRST** ☐ **BABYNEXT FIRST PLUS**
(Babynext First + Intolleranza al lattosio + Morbo celiaco)

SPECIALISTA PRESCRIVENTE

Nome e Cognome: _____

Specializzazione: _____ Telefono: _____

E-mail: _____ Firma: _____

MODALITÀ DI REFERTAZIONE (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i)

☐ DOTTORE/STUDIO/LABORATORIO ☐ GENITORE e/o TUTORE

Per attivare la refertazione online è **obbligatorio** fornire una E-mail: _____ e il numero di cellulare: _____. Le indicazioni per il primo accesso sono disponibili sul sito <https://www.laboratorioigenoma.eu/>. Io/I sottoscritto/i _____ autorizza/no ai sensi del Reg. EU 2016-679 all'invio del referto nelle modalità sopra indicate.

FIRMA/E _____

MODALITÀ DI FATTURAZIONE (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i)

☐ DOTTORE/STUDIO/LABORATORIO (secondo scheda conoscitiva in nostro possesso) ☐ GENITORE e/o TUTORE (compilare i campi sottostante in stampatello)

Nome Cognome: _____ Codice Fiscale _____

Comune di nascita: _____ Provincia di nascita: _____

Indirizzo di residenza: _____ n. ____ CAP: _____

Città di residenza: _____ Provincia: _____

Telefono: _____ E-mail: _____