유전자검사 의뢰서 (헬로진3.0)

의뢰하는 의료기관	기관명					
	소재지	Tel)				
검사대상자 정보	동의서 관리번호		출생년도	년도	성별	□남 □여
	키	cm	몸무게	kg	흡연여부	□현재흡연 □과거흡연 □흡연한적 없음
	차트번호		진료과	Tel)		
검체정보	채취일시	년 월 일 : .	검체종류	혈 액	검체수량	1 개

검사항목			
□	헬로진 암 11종	□	헬로진 남성암 5종
□	헬로진 일반질환 27종 (여성+1종)	□	헬로진 여성암 5종
□	헬로진 플래티넘 라이트 38종 (여성+1종)	□	헬로진 일반질환 5종
□	헬로진 플래티넘 48종 (여성+1종)	□	헬로진 뇌심혈관질환 5종
□	헬로진 노블 92종 (여성+1종)	□	헬로진 부인과질환 5종
□	헬로진 대사증후군질환 8종	□	진스타일 다이렉트 종합
□	헬로진 노인성질환 10종	□	진스타일 다이렉트 아웃핏뷰티
□	헬로진 아이 9종	□	진스타일 다이렉트 이너헬스

비고 (진료소견, 질병명 등 - 유전자검사에 참고가 되는 기타 사항에 대해 기재)

언어(수량)	□ 한국어( ) □ 영어( ) □ 중국어( ) □ 러시아어( ) * 언어(수량)를 선택하지 않은 경우, 한국어 결과지 1부로 발급됩니다.

년 월 일 담당의사 성명 : (서명)

유의 사항

1. 모든 유전자 검사 의뢰시, 유전자 동의서는 반드시 작성하여 보내 주십시오.(생명윤리 및 안전에 관한 법률 제 51조 1항)
2. 담당의사의 서명이 반드시 확인 되어야 검체 접수가 완료 됩니다.「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제50조 제3항에 따라 위와 같이 유전자검사를 의뢰합니다.

「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제50조 제3항에 따라 위와 같이 유전자검사를 의뢰합니다.

주 : 1. 이 유전자검사 의뢰서는「생명윤리 및 안전에 관한 법률」제50조 제3항 단서에 규정된 '의료기관의 의뢰를 받아 질병의 예방, 진단 및 치료와 관련한 유전자검사'와 관련하여 의료기관 및 비의료기관 유전자검사기관의 편의를 위하여 참고로 제공하는 양식입니다. (법정양식이 아님)

2. 이 의뢰서는 유전자검사를 의뢰하는 의료기관과 해당 유전자검사를 의뢰받는 비의료기관 유전자검사기관에서만 통용되며 검사대상자 및 보호자에게는 배부되지 않습니다.

택배주소: 경기도 수원시 영통구 광교로 145 차세대 융합기술원 A동 4층 (주)테라젠이텍스

의뢰받는 유전자검사기관	(주)테라젠이텍스 경기도 수원시 영통구 광교로 145 차세대 융합기술원 B동 2층 (주)테라젠이텍스 Tel) 031-888-9449 FAX) 031-888-9440