

유전자검사 의뢰서

의뢰하는 의료기관	기관명						
	소재지	Tel)					
검사대상자 정보	동의서 관리번호		진료과	Tel)			
	차트번호		성별	☐ 남 ☐ 여	흡연유무	☐ 현재흡연 ☐ 과거흡연 ☐ 흡연한 적 없음	
	생년월일	년 월 일	키	cm	몸무게	kg	
검체정보	채취일시	년 월 일 :	검체종류	혈액	검체수량	개	

헬로진 4.0 프리미엄			☐ KO ☐ EN ☐ RU ☐ CN ☐ MO
☐ 플래티넘 라이트 (81종)	☐ 플래티넘 (91종)	☐ 노블 (135종)	

헬로진 4.0 스탠다드			☐ KO ☐ EN ☐ RU ☐ CN ☐ MO
☐ 암 I (10종)	☐ 암 II (12종)	☐ 암 Total (22종)	
☐ 일반질환 I (남 27종/여 28종)	☐ 일반질환 II (남 32종/여 31종)	☐ 일반질환 Total (59종)	

헬로진 4.0 베이직			☐ KO ☐ EN ☐ RU ☐ CN ☐ MO
☐ 한국대표암(5종)	☐ 남성암	☐ 여성암	
☐ 호흡기	☐ 내분비	☐ 뇌신경	☐ 심혈관
☐ 남성질환	☐ 여성질환	☐ 소화기	☐ 근골격
☐ 소아질환	☐ 마인드헬스	☐ 안질환	☐ 면역플러스
☐ 기타질환	☐ 기타질환	☐ 기타질환	☐ 기타질환

헬로진 메디핏 / 뉴트리션			☐ KO ☐ EN ☐ RU ☐ CN ☐ MO
☐ 메디핏 1.0 ☐ KO	☐ 메디핏 2.0 ☐ KO ☐ EN	☐ 뉴트리션 ☐ KO ☐ EN	

진스타일			☐ KO
☐ 웰니스	☐ 헬스&뉴트리션	☐ 뷰티&피트니스	☐ 다이어트
			☐ 진스타일 ME

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

언어	☐ 한국어 ☐ KO ☐ 영어 ☐ EN ☐ 러시아어 ☐ RU ☐ 중국어 ☐ CN ☐ 몽골어 ☐ MO
----	---

년	월	일
담당의사 성명 : (서명 또는 인)		

유의사항	
1. 모든 유전자 검사 의뢰 시, 유전자 동의서는 반드시 작성하여 보내 주십시오. (생명윤리 및 안전에 관한 법률 제51조 제1항) 2. 담당 의사의 서명이 반드시 확인 되어야 검체 접수가 완료됩니다. '생명윤리 및 안전에 관한 법률' 제50조 제3항에 따라 위와 같이 유전자검사를 의뢰합니다. 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 의료 기관 및 비의료기관 유전자검시기관의 편의를 위하여 참고로 제공하는 양식입니다. (법정양식이 아님) 2) 이 의뢰서는 유전자검사를 의뢰하는 의료기관과 해당 유전자검사를 의뢰받는 비의료기관 유전자검시기관에서만 통용되며 검사대상자 및 보호자에게는 배부되지 않습니다.	
의뢰받는 유전자검시기관	(주)테라젠헬스 우)13493 경기도 성남시 분당구 판교역로 240, 삼환하이펙스 A동 10층 (1003호) Tel) 1522 - 2375