

Zniżka na testy antygenowe, PCR

JAK SKORZYSTAĆ ZE ZNIŻKI NA BADANIE?

Wejdź na stronę <https://covid19.gyncentrum.pl/badanie-prywatne-wstep> zakładka

Test indywidualny i wybierz opcję TEST RT-PCR lub test antygenowy;

lub postępuj zgodnie z instrukcją na stronie wypełnij formularz:

W przypadku testów antygenowych: <https://covid19.gyncentrum.pl/badanie-prywatne-antygeny-formularz>

W przypadku testów RT-PCR: <https://covid19.gyncentrum.pl/badanie-prywatne-formularz>

- Aby skorzystać z rabatu wybierz
- Przelew online -PRZELEWY24 i wpisz KOD.
- Dokonaj płatności za badanie.
- Udaj się do najbliższego punktu drive-thru Gyncentrum.
- Wykonaj badanie bez wysiadania z auta.
- Odbierz wynik online w ciągu 24h lub w przypadku testu antygenowego do 1h.

JAK PRZYGOTOWAĆ SIĘ DO BADANIA?

- Bezpośrednio przed badaniem postaraj się nie jeść i nie pić.
- Na krótko przed badaniem nie stosuj płynu do płukania jamy ustnej czy sprayów odświeżających.
- Co najmniej 2 godziny przed pobraniem wymazu nie używaj aerozoli oraz innych medykamentów do nosa i gardła, nie rób inhalacji, nie płucz zatok.
- Bezpośrednio przed badaniem nie pal tytoniu.

Aby usprawnić proces wymazu w punktach mobilnych zachęcamy do wydrukowania skierowania na badanie w zależności od jego rodzaju (rt-PCR lub antygenowy) oraz zabranie ich na umówioną wizytę. Skierowania znajdują się poniżej.

TEST PCR
249 zł

tłumaczenie w cenie

TEST
antygenowy
119 zł

tłumaczenie w cenie

Kod zniżkowy:

TECZA2022

(przy płatności online)

SKIEROWANIE NA BADANIE COVID-19

REFERRAL FOR THE COVID-19 TEST



GYNCENTRUM
LABORATORIA GENETYCZNE

FORMULARZ F-422

NUMER WYDANIA: 01

DATA WYDANIA: 01.04.2020

1 - ____ - ____ - ____ - ____

BADANIE NFZ - NUMER ZLECENIA EWP (8 CYFR)

NFZ EXAMINATION - EWP ORDER NUMBER (8 DIGITS)

BADANIE KOMERCYJNE - KOD POTWIERDZENIA REZERWACJI

COMMERCIAL TEST - BOOKING CONFIRMATION TEST

Imię (Name)	
Nazwisko (Surname)	
PESEL /nr dowodu/nr paszportu (PESEL/ ID number/passport number)	
Obywatelstwo (Citizenship)	
Data urodzenia (Date of birth)	
Płeć (Gender)	☐ K ☐ M
Adres zamieszkania na terenie Polski (Address in Poland)	
Numer telefonu (Phone number)	
E-mail	

Kod materiału

Data zlecenia

Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium

Dane jednostki zlecającej

Pieczętka i podpis lekarza zlecającego

ZLECENIE BADANIA (TEST ORDER)

☒ Wykrywanie materiału genetycznego SARS-CoV-2 (COVID-19)
(Detection of SARS-CoV-2 (COVID-19) genetic material)

POWÓD WYKONANIA BADANIA (REASON FOR TESTING)

☐ Skierowanie POZ (Primary Health Care referral) ☐ Sanatorium (Sanatorium) ☐ Kwarantanna (Quarantine) ☐ Rehabilitacja lecznicza (KRUS) (Therapeutic rehabilitation) ☐ Badanie komercyjne - prywatne (Commercial test-private)

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY

(DECLARATION OF INFORMED CONSENT)

Niniejszym wyrażam zgodę na pobranie ode mnie/od mojego dziecka/ od mojego podopiecznego materiału biologicznego w celu izolacji kwasów nukleinowych i wykonania molekularnych badań diagnostycznych. Wyrażam zgodę na wykorzystanie do badań wyizolowanego z mojej próbki wirusowego RNA.

(I hereby consent to the collection of the biological material from me / my child / from my ward in order to isolate nucleic acids and perform molecular diagnostic tests. I consent to use of an isolated from my sample viral RNA for examination.)

Miejscowość, data
(City, date)

Czytelny podpis pacjenta / rodzica dziecka / opiekuna
prawnego wyrażającego zgodę na wykonanie badań genetycznych
(Legible signature of the patient / child's parent / legal guardian consenting
to the genetic tests)

Rodzaj materiału	☐ wymaz z nosogardzieli ☐ wymaz z gardła i nosa ☐ inny:
Data pobrania materiału	
Godzina pobrania materiału	
Istotne dane kliniczne Pacjenta	
Osoba pobierająca materiał	
Numer telefonu zlecającego	



KOD POTWIERDZENIA REZERWACJI (Booking confirmation test)

2 - - - - -

Imię

(Name)

Nazwisko

(Surname)

PESEL /nr dowodu/nr paszportu
(PESEL/ ID number/passport number)Obywatelstwo
(Citizenship)Data urodzenia
(Date of birth)

Płeć

(Gender)

K

M

Adres zamieszkania
na terenie Polski
(Address in Poland)Miejsce odbywania ewentualnej kwarantanny
(Place of possible quarantine)Numer telefonu
(Phone number)

E-mail

Kod materiału

Rodzaj materiału

wymaz z nosogardzieli

Data pobrania materiału

Godzina pobrania materiału

Istotne informacje

ZAŚWIADCZENIE W JĘZYKU OBCYM (Certificate in a foreign language)

☐język angielski
(English)☐język niemiecki
(German)☐język czeski
(Czech)☐język ukraiński
(Ukrainian)

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY

(DECLARATION OF INFORMED CONSENT)

Niniejszym wyrażam zgodę na pobranie ode mnie/od mojego dziecka/ od mojego podopiecznego materiału biologicznego w celu wykonania testu antygenowego.
(I hereby consent to the collection of the biological material from me / my child / from my ward in order to perform an antigen test.)Miejscowość, data
(City, date)Czytelny podpis pacjenta / rodzica dziecka / opiekuna prawnego
(Legible signature of the patient / child's parent /legal guardian)