

ZLECENIE WYKONANIA BADANIA MIKROBIOLOGICZNEGO

w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Radomiu

26-601 Radom ul. gen. Leopolda Okulickiego 9D

NIP : 796-20-46-977 tel./fax 48 330-90-32

SEKCJA LABORATORYJNA EPIDEMIOLOGII

(WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Zlecający badanie* pacjent indywidualny / pieczętka jednostki zlecającej

Nazwisko i imię pacjenta

Płeć: K /M* Data urodzenia PESEL**

Adres zamieszkania, kod Miejscowość

Ulica numer

Istotne dane kliniczne

Rodzaj próbek: kał, wymaz z odbytu *)

Data(y) i godzina(y) pobrania próbki(ek)	KOD PRÓBK (wypełnia PSSE)
1.....	EP..... /2025
2.....	EP..... /2025
3.....	EP..... /2025
ZLECENIE NR.....	

Nazwa badania: Obecność i identyfikacja pałeczek Salmonella i Shigella

Procedura badawcza: PB.01.EPL wyd.2 z dn. 29.10.2021r.

Metoda: A-akredytowana, N-nieakredytowana*

Cel badania* : sanitarno-epidemiologiczny, diagnostyczny, inne

Próbka pobrana od: zdrowego, chorego, ozdrowieńca, nosiciela, osoby z otoczenia*

Tryb badania : normalny ■ cito □

Kwit kasowy nr: Podpis pacjenta/zlecniodawcy

* zaznaczyć odpowiednie

** w przypadku braku numeru PESEL podać numer identyfikacyjny pacjenta

ZLECENIE WYKONANIA BADANIA MIKROBIOLOGICZNEGO

w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Radomiu

26-601 Radom ul. gen. Leopolda Okulickiego 9D

NIP : 796-20-46-977 tel./fax 48 330-90-32

SEKCJA LABORATORYJNA EPIDEMIOLOGII

(WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Zlecający badanie* pacjent indywidualny / pieczętka jednostki zlecającej

Nazwisko i imię pacjenta

Płeć: K /M* Data urodzenia PESEL**

Adres zamieszkania, kod Miejscowość

Ulica numer

Istotne dane kliniczne

Rodzaj próbek: kał, wymaz z odbytu *)

Data(y) i godzina(y) pobrania próbki(ek)	KOD PRÓBK (wypełnia PSSE)
1.....	EP..... /2025
2.....	EP..... /2025
3.....	EP..... /2025
ZLECENIE NR.....	

Nazwa badania: Obecność i identyfikacja pałeczek Salmonella i Shigella

Procedura badawcza: PB.01.EPL wyd.2 z dn. 29.10.2021r.

Metoda: A-akredytowana, N-nieakredytowana*

Cel badania* : sanitarno-epidemiologiczny, diagnostyczny, inne

Próbka pobrana od: zdrowego, chorego, ozdrowieńca, nosiciela, osoby z otoczenia*

Tryb badania : normalny ■ cito □

Kwit kasowy nr: Podpis pacjenta/zlecniodawcy

* zaznaczyć odpowiednie

** w przypadku braku numeru PESEL podać numer identyfikacyjny pacjenta

- Zgodnie z ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dn. 05 grudnia 2008 przyjmuję do wiadomości informacje o obowiązkach zgłaszania w ciągu 24 h przez kierownika laboratorium dodatkich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych określonych w wykazie do Powiatowego Inspektora Sanitarnego.
- Klient wyraża zgodę na (nieodpłatnie) potwierdzenie dodatkiego wyniku badania w laboratorium referencyjnym.
- Klient został poinformowany o sposobie pobierania i postępowania z próbką.
- Klient został poinformowany o możliwości uczestnictwa w badaniach jako obserwator.
- Klient przygotował próbkę do badania zgodnie z otrzymaną instrukcją.
- Klient ma możliwość zgłoszenia skargi.

Klient zobowiązuje się odebrać sprawozdanie z badania osobście lub przez upoważnioną osobę. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Radomiu reprezentowana przez Powiatowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego/ Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej z siedzibą w Radomiu, ul. gen. L. Okulickiego 9D, 26 – 601 Radom, e – mail: sekretariat.pisse.radom@sanepid.gov.pl tel.: (48) 345 13 89.

W sprawie ochrony swoich danych osobowych, możecie Państwo kontaktować się z wyznaczonym przez Administratora Inspektorem Ochrony Danych Osobowych, e-mail: iod.pisse.radom@sanepid.gov.pl

Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora w celu: udzielania świadczenia zdrowotnego, realizacji praw pacjenta, tworzenia dokumentacji medycznej indywidualnej na podstawie obowiązujących przepisów prawa (art. 9 ust. 2 lit h) Będziemy przetwarzać następujące dane: imię i nazwisko, płeć, adres zamieszkania, nr PESEL, informacje o stanie zdrowia oraz pozostałe dane, które są niezbędne do realizacji świadczeń medycznych.

Państwa dane osobowe wynikające z udzielania świadczeń zdrowotnych będą przetwarzane przez okres zgodny z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, określający okres archiwizacji dokumentacji medycznej tj.: co do zasady przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, poza wyjątkami wskazanymi w ustawie.

Państwa dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

-dostawcom usług zapobiegających PSSE w Radomiu w rozwiązaną techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zarządzanie naszą organizacją (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom sprzętu diagnostycznego)

-osobom upoważnionym w ramach realizacji praw pacjenta

Przysługuje Państwu prawo do dostępu do swoich danych oraz prawo do ich sprostowania oraz w zakresie wynikającym z przepisów prawa do ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – PODO.

Korzystanie z naszych usług jest w pełni dobrowolne, jednakże jesteśmy zobowiązani do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do oznaczenia tożsamości pacjenta z wykorzystaniem jego danych osobowych. W takim przypadku nieopodanie danych może skutkować odmową udzielenia świadczenia zdrowotnego.

Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym nie będą profilowane.

Laboratorium nie ponosi odpowiedzialności za sposób pobrania i transportu próbki.

Zleceńbiorca zapewnia bezstronność i poufność zgodnie z obowiązującą polityką bezstronności i poufności PSSE w Radomiu.

Dane uzyskane od Klienta w trakcie realizacji zlecenia są traktowane jako informacje poufne.

.....
Podpis pacjenta/zleceńbiorcy

PROTOKÓŁ PRZYJĘCIA PRÓBEK

Wypełnia Punkt przyjąć materiału do badań w PSSE w Radomiu

Próbka pobrana przez : ZLECENIODAWCA/ZLECENIOBIORCA

Data i godzina przyjęcia próbki(ek) :

Uwagi o stanie próbki(ek) :

.....
Podpis przyjmującego

24411 009

- Zgodnie z ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dn. 05 grudnia 2008 przyjmuję do wiadomości informacje o obowiązkach zgłaszania w ciągu 24 h przez kierownika laboratorium dodatkich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych określonych w wykazie do Powiatowego Inspektora Sanitarnego.
- Klient wyraża zgodę na (nieodpłatnie) potwierdzenie dodatkiego wyniku badania w laboratorium referencyjnym.
- Klient został poinformowany o sposobie pobierania i postępowania z próbką.
- Klient został poinformowany o możliwości uczestnictwa w badaniach jako obserwator.
- Klient przygotował próbkę do badania zgodnie z otrzymaną instrukcją.
- Klient ma możliwość zgłoszenia skargi.

Klient zobowiązuje się odebrać sprawozdanie z badania osobście lub przez upoważnioną osobę. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Radomiu reprezentowana przez Powiatowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego/ Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej z siedzibą w Radomiu, ul. gen. L. Okulickiego 9D, 26 – 601 Radom, e – mail: sekretariat.pisse.radom@sanepid.gov.pl tel.: (48) 345 13 89.

W sprawie ochrony swoich danych osobowych, możecie Państwo kontaktować się z wyznaczonym przez Administratora Inspektorem Ochrony Danych Osobowych, e-mail: iod.pisse.radom@sanepid.gov.pl

Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora w celu: udzielania świadczenia zdrowotnego, realizacji praw pacjenta, tworzenia dokumentacji medycznej indywidualnej na podstawie obowiązujących przepisów prawa (art. 9 ust. 2 lit h) Będziemy przetwarzać następujące dane: imię i nazwisko, płeć, adres zamieszkania, nr PESEL, informacje o stanie zdrowia oraz pozostałe dane, które są niezbędne do realizacji świadczeń medycznych.

Państwa dane osobowe wynikające z udzielania świadczeń zdrowotnych będą przetwarzane przez okres zgodny z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, określający okres archiwizacji dokumentacji medycznej tj.: co do zasady przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, poza wyjątkami wskazanymi w ustawie.

Państwa dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

-dostawcom usług zapobiegających PSSE w Radomiu w rozwiązaną techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zarządzanie naszą organizacją (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom sprzętu diagnostycznego)

-osobom upoważnionym w ramach realizacji praw pacjenta

Przysługuje Państwu prawo do dostępu do swoich danych oraz prawo do ich sprostowania oraz w zakresie wynikającym z przepisów prawa do ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – PODO.

Korzystanie z naszych usług jest w pełni dobrowolne, jednakże jesteśmy zobowiązani do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do oznaczenia tożsamości pacjenta z wykorzystaniem jego danych osobowych. W takim przypadku nieopodanie danych może skutkować odmową udzielenia świadczenia zdrowotnego.

Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym nie będą profilowane.

Laboratorium nie ponosi odpowiedzialności za sposób pobrania i transportu próbki.

Zleceńbiorca zapewnia bezstronność i poufność zgodnie z obowiązującą polityką bezstronności i poufności PSSE w Radomiu.

Dane uzyskane od Klienta w trakcie realizacji zlecenia są traktowane jako informacje poufne.

.....
Podpis pacjenta/zleceńbiorcy

PROTOKÓŁ PRZYJĘCIA PRÓBEK

Wypełnia Punkt przyjąć materiału do badań w PSSE w Radomiu

Próbka pobrana przez : ZLECENIODAWCA/ZLECENIOBIORCA

Data i godzina przyjęcia próbki(ek) :

Uwagi o stanie próbki(ek) :

.....
Podpis przyjmującego

24411 009