

ZLECENIE WYDANIA ODPISU/KOPII SPRAWOZDANIA Z BADAŃ

WYPEŁNIA LABORATORIUM

NR ZLECENIA: LAB.907. 2026

Powiatowa Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna w Głogowie
ul. P. Skargi 4, 67-200 Głogów

- I. Zlecam wykonanie odpisu/kopii:
- ☐ sprawozdania z badania bakteriologicznego kału w kierunku *Salmonella*, *Shigella* do celów sanitarno-epidemiologicznych
 - ☐ innego (proszę podać jakiego).....
- II. Badanie zostało wykonane w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej **w Głogowie**
- ☐ dnia..... ☐ nie pamiętam
Proszę podać co najmniej rok wykonania badania
- III. Badanie zostało wykonane:
- ☐ odpłatnie
 - ☐ nieodpłatnie (uczeń/student kształcący się do wykonywania prac, przy których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby)
 - ☐ nie pamiętam
- III. Dane zlecniodawcy:
1. nazwisko i imię (aktualne na dzień wykonania badania).....
 2. PESEL/nr paszportu.....
 3. nr telefonu (opcjonalnie).....
 4. adres zamieszkania.....
- IV. Oświadczenia zlecniodawcy:
- Oświadczam, że o odpis/kopię sprawozdania z badań w podanym wyżej zakresie wnioskuję:
- ☐ po raz pierwszy ☐ po raz kolejny ☐ nie pamiętam
- V. Uzgodnienia ze zlecniodawcą:
1. Termin sporządzenia odpisu/kopii sprawozdania z badań: **do 5 dni roboczych**
 2. Zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta w przypadku udostępniania pacjentowi dokumentacji medycznej po raz pierwszy w podanym zakresie nie pobiera się opłaty.
W pozostałych przypadkach zlecniodawca zostanie poinformowany o konieczności uiszczenia opłaty oraz o jej wysokości.
 3. Przetwarzanie danych osobowych przez Państwową Inspekcję Sanitarną będzie zgodne z przepisami Ustawy o ochronie danych osobowych.
 4. Sposób odebrania odpisu sprawozdania z badań:
 - ☐ Osobiście/przez przedstawiciela ustawowego w przypadku osób małoletnich
 - ☐ Przez osobę upoważnioną
 - ☐ W inny sposób.....

.....
data i podpis osoby przyjmującej zlecenie

.....
data i podpis zlecniodawcy

Objaśnienia: ☐ zaznaczyć X właściwe

VI. Upoważnienie do odbioru odpisu/kopii sprawozdania z badań: *(wypełnić, jeśli konieczne)*

Ja niżej podpisana/y upoważniam Panią/Pana.....
nr PESEL.....do odbioru wyżej wymienionego odpisu/kopii
sprawozdania z badań.

.....
Data i podpis zlecniodawcy

Klauzula informacyjna dla osoby upoważnionej przez pacjenta

Szanowni Państwo,

zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) przez Powiatową Stację Sanitarno – Epidemiologiczną w Głogowie 67-200 Głogów, ul. Piotra Skargi 4. Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Głogowie wyznaczyła Inspektora Ochrony Danych. Jędrzej Bajer tel.: 533 80 70 40 email: Jędrzej.Bajer@sanepid.gov.pl.

Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są na podstawie art.26 ust.1 Ustawy z dnia 6 listopada 2006 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w celu realizacji niniejszego upoważnienia przez okres 20 lat od momentu wykonania badań lub do czasu wycofania upoważnienia. Dane osobowe będą przechowywane w siedzibie Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Głogowie zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną oraz Rzeczym wykazem akt Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Głogowie z zachowaniem zasad bezpieczeństwa. Pani/Pana dane otrzymaliśmy od pacjenta (dane pacjenta jak w dokumentacji medycznej upoważniającego) i na tej podstawie je przetwarzamy. Każda osoba upoważniona przez pacjenta posiada prawo dostępu do swoich danych osobowych do ich sprostowania, usunięcia, do ograniczenia ich przetwarzania, do przenoszenia danych, oraz do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Zawsze przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych osobowych) ul. Stawki2, 00-193 Warszawa, e-mail: iod@uodo.gov.pl, jeśli Państwa zdaniem przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO. Podanie danych jest dobrowolne, lecz nie podanie danych może skutkować niemożliwością wydania dokumentacji medycznej dla osoby wskazanej w upoważnieniu.

.....
data i czytelny podpis osoby upoważnionej przez pacjenta

WYPEŁNIA LABORATORIUM

Decyzja dotycząca realizacji zlecenia:

- ☐ Pozytywna: Sprawozdanie nr.....z dnia.....
Odpis/kopia z dnia.....podpis.....
- ☐ Negatywna: Data.....podpis.....
- Uwagi:.....

VII. Potwierdzenie wydania dokumentacji:

- ☐ odebrana osobiście przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego
- ☐ odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta
- ☐ odebrana w inny sposób.....

Naliczono opłatę w wysokości *(wpisać, jeśli dotyczy)*.....

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji

.....
miejscowość, data

.....
podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną

Objaśnienia: ☐ zaznaczyć X właściwe