

ZLECENIE BADANIA**UWAGA - DRUK NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

Nazwa i adres Klienta/Zleceniodawcy: Tel.: NIP:		Nr zlecenia Nr próbki
DANE OSOBY BADANEJ: Imię i nazwisko: Data urodzenia Płeć: ☐ M ☐ K PESEL/Nazwa i nr dokumentu tożsamości*: Adres zamieszkania:		
Objawy zakażenia przewodu pokarmowego /istotne dane kliniczne pacjenta/:		
Materiał diagnostyczny: ☐ kał ☐ wymaz z odbytu		
CEL BADAŃ: ☐ na nosicielstwo /zdrowy/ ☐ badanie w kierunku schorzeń jelitowych /chory, ozdrowieniec, nosiciel/ ☐ badanie w kierunku pasożytów		
Próbka dostarczona przez: ☐ zleceniodawca ☐ PSSE ☐ osoba badana		
Imię i Nazwisko pobierającego próbkę: Data i godzina pobrania próbki: Próbka nr 1: Próbka nr 2: Próbka nr 3:		
Metody badawcze: ☐ PB-01 wyd. 4/20.03.2013 r. „Obecność pałeczek z rodzaju Salmonella i Shigella u osób zdrowych. Metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi” A** ☐ PB-02 wyd. 4/01.04.2010 r. „Obecność pałeczek z rodzaju Salmonella i Shigella u osób chorych, ozdowieńców i nosicieli. Metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi” A** ☐ PB-04 wyd. 3/28.05.2012 r. „Badanie w kierunku pasożytów przewodu pokarmowego metodą koproskopową” ☐ PB-06 wyd. 2/09.09.2014 r. „Badanie kału w kierunku Enterobacteriaceae”		
Odbiór wyniku badania: ☐ osobiście ☐ przez osobę upoważnioną: Płatność wg aktualnie obowiązującego cennika: ☐ gotówka w kasie PSSE ☐ przelew*** Osoba do kontaktu: Tel.		

Klienta/Zleceniodawca przyjmują do wiadomości, że:

zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady /UE/ 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE /ogólne rozporządzenie o ochronie danych/:

1. Administratorem Danych Osobowych (ADO) jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Ostrowie Wielkopolskim reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Ostrowie Wielkopolskim/Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Ostrowie Wielkopolskim z siedzibą przy ul. Plac Stefana Rowińskiego 3, 63-400 Ostrów Wielkopolski.

Dane kontaktowe:

tel. /62/ 737-89-00
 fax. /62/ 737-89-20
 e-mail: sekretariat.psse.ostrowwlkp@sanepid.gov.pl
 strona internetowa: www.gov.pl/web/psse-ostrow-wielkopolski
 skrzynka ePUAP: psse-ostrowwlkp/skrytkaESP;

2. ADO wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IOD), z siedzibą w PSSE Ostrowie Wielkopolskim, 63-400 Ostrów Wielkopolski, Plac Stefana Rowińskiego 3;
3. Dane osobowe są gromadzone i przetwarzane w celu realizacji obowiązków Administratora Danych, w związku z załatwianą sprawą i są niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą przed zawarciem umowy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. C w/w rozporządzenia;
4. Dane zbierane są zgodnie z prawem, czyli zgodnie z:
 - Ustawą z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
 - Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
5. Dane zbierane są w sposób rzetelny i przejrzysty oraz adekwatny do tego, co niezbędne do celów, w których są przetwarzane;
6. Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym je na zlecenie ADO /np.: podmiotom serwisującym systemy informatyczne i aplikacje, w których przetwarzane są dane osobowe/, instytucjom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie obowiązującego prawa /np.: organom administracji, sądom/ oraz innym podmiotom, w zakresie, w jakim są one uprawnione do ich otrzymywania na podstawie przepisów prawa;
7. Dane osobowe będą usuwane w terminach wskazanych w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych lub innych przepisach prawa, regulujących czas przetwarzania danych, którym podlega ADO;
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym;
9. Klient/Zleceniodawca ma prawo złożenia pisemnej skargi w ciągu 7 dni od daty otrzymania sprawozdania z badania;
10. Klient/Zleceniodawca oświadcza, że zapoznał się z obowiązującym cennikiem badań;
11. Klient/Zleceniodawca oświadcza, że dane podane w zleceniu są prawdziwe;
12. Klient/Zleceniodawca oświadcza, że zapoznał się z instrukcjami użytkowymi Laboratorium dotyczącymi poboru i transportu próbek do badania;
13. W przypadku gdy uzyskane wyniki badania świadczyć mogą o nadzwyczajnym zagrożeniu środowiska, zdrowia lub życia ludzi, Laboratorium zobowiązane jest do powiadomienia właściwego organu państwowego;
14. Laboratorium zastrzega sobie prawo wykorzystania wyników badań do opracowań statystycznych bez ujawniania tożsamości Klienta;
15. Laboratorium zapewnia zachowanie poufności informacji dotyczących Klienta i uzyskanego wyniku badania i nie podaje częściowych wyników badań;
16. Zmiana treści zlecenia wymaga formy pisemnej.

Uzgadniam wykonanie badania wg metod badawczych przyjętych w Laboratorium.

Uwagi Klienta / Zleceniodawcy:

Data czytelny podpis Klienta /Zleceniodawcy

Orientacyjny czas trwania badania: Koszt badania w PLN:

Uwagi Laboratorium:

przyjęcie próbki: ☐ akceptuję ☐ nie akceptuję

Data i godzina przyjęcia próbki: Podpis i pieczęć przyjmującego:

rezultat przeglądu zlecenia: ☐ pozytywny ☐ negatywny

Podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej za przegląd zlecenia:

Szare pola formularza wypełnia Laboratorium; ☐ właściwe zakreślić

* w przypadku braku numeru PESEL należy podać nazwę i numer dokumentu tożsamości;

** etap analityczny metod badawczych oznaczonych symbolem A objęty jest zakresem akredytacji PCA Nr AB 1161;

*** nie dotyczy klientów indywidualnych.