ZLECENIE NR:OBEK.9052. ...../BS/z dnia ..... godz. otrzymania .....

na badanie bakteriologiczne w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Olsztynie; ul. Żołnierska 16; 10-561 Olsztyn
Laboratorium w Elblągu; ul. Gen. J. Bema 40; 82-300 Elbląg

INFORMACJE O PACJENCIE* (wypełnić drukowanymi literami)

Nazwisko: ..... Imię: ..... Płeć*: K / M

Data urodzenia: ..... PESEL .....

Adres zamieszkania: .....
kod pocztowy, poczta, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu

KIERUNEK BADANIA – WYKAZ METOD BADAWCZYCH *

Obecność i identyfikacja pałeczek *Salmonella-Shigella*	PB-01-OBEK edycja 3 z dnia 01.06.2009	A	
Obecność i identyfikacja potencjalnie chorobotwórczych *E.coli*	PB-02-OBEK edycja 2 z dnia 01.06.2009	A	
Obecność i identyfikacja *Y. enterocolitica*	PB-03-OBEK edycja 2 z dnia 18.05.2009	A	
Obecność i identyfikacja *Campylobacter*	PB-05-OBEK edycja 1 z dnia 14.02.2019	N	

A - metoda Akredytowana ; **N -** metoda Nieakredytowana

Rodzaj dostarczonego materiału*	**- kał** **- wymaz kału** **- wymaz z odbytu**	**Kolejność badania**		**Data pobrania**	
				Godz. pobrania	

Materiał pobrano od*: zdrowy, uczeń, chory, ozdrowieniec, styczność, nosiciel, szczep do potwierdzenia

Sposób odebrania wyniku*: osobiście / przez osobę upoważnioną: .....

FAKTURA*: TAK / NIE	**DANE DO FAKTURY: .....** **Nazwa, adres, NIP**

* właściwe podkreślić / zaznaczyć **x**

ZLECAJĄCY:

1. ZAPOZNAŁEM SIĘ ZE SPOSOBEM POBORU I TRANSPORTU PRÓBKI DO LABORATORIUM
2. WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE BADANIA METODAMI STOSOWANYMI W OBEK ZGODNIE Z WYKAZEM
3. NALEŻNOŚĆ ZA BADANIE UREGULUJĘ JEDNORAZOWO ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYM CENNIKIEM
4. ZAPOZNAŁEM SIĘ Z „KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ" I WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH NA POTRZEBY NINIEJSZEGO ZLECENIA W ZAKRESIE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ, W TYM TAKŻE W ZAKRESIE PROWADZENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (ROZPORZĄDZENIE 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)

Nazwa i adres zlecającego badanie/ .....

Podpis i pieczątka lekarza lub podpis klienta

Ocena próbki: POZYTYWNA/NEGATYWNA*

.....
osoba dokonująca przeglądu zlecenia i próbki
Data i podpis

Poniższą część ZLECENIA wypełniają upoważnieni pracownicy Oddziału Badań Epidemiologiczno-Klinicznych.

ZAPISY TECHNICZNE - DIAGNOSTYKA CHOROBOTWÓRCZYCH PAŁECZEK JELITOWYCH

Data izolacji	Rodz. pożywki.	Data sporządzenia	Krótki szereg biochemiczny	Data odczytu	Długi szereg biochemiczny	Data odczytu	Typowanie serologiczne/test lateksowy/ Inne testy diagnostyczne**

** wpisać co potrzeba

WYNIK BADANIA Z IZOLACJI: 1. .....
2. .....
3. .....

.....
Data i podpis osoby wykonującej badanie