

POWIATOWA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA W WEJHEROWIE
84-200 Wejherowo, ul. Obrońców Helu 3; tel. (0-58) 677-79-01 fax (058) 677 79-03 e-mail: psse.wejherowo@sanepid.gov.pl
ODDZIAŁ LABORATORYJNY

Zlecenia badania kału/ wymazu z odbytu

w kierunku Salmonella i Shigella nr OL.9052.1...../51/K/26

Dane zleceniodawcy:

(nazwisko i imię osoby badanej lub nazwa i adres firmy lub nazwa i adres szkoły/uczelni)

Faktura: TAK / NIE (zaznacz właściwe) NIP:

Dane do faktury:

Dane osoby badanej (DRUKOWANYMI LITERAMI):

Imię:				Nazwisko:			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			
Data urodzenia		Płeć: K <input type="checkbox"/> /M <input type="checkbox"/>		PESEL			
<input type="text"/>		(zaznacz właściwe)		<input type="text"/>			
(w przypadku braku PESEL-nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość) **							

Adres zamieszkania:

Kod:	Miejscowość:	Ulica i numer domu/ mieszkania:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Telefon kontaktowy:

Kategoria osoby badanej (zaznacz właściwe):

- Zdrowy

Osoba pobierająca (zaznacz właściwe):

- osoba badana
 inne

Przyjmowane antybiotyki:

.....

Podstawa wykonania badania (zaznacz właściwe):

- skierowanie ze szkoły
 zlecenie prywatne

Informacje o próbkach:

Lp.	Data i godzina pobrania próbki	Rodzaj próbki: kał/ wymaz z odbytu	Laboratoryjny kod próbki/51/B/26*	Data i godzina przyjęcia próbki*	Podpis osoby przyjmującej próbkę*	Podpis osoby akceptującej próbkę do badania*
1						
2						
3						

* szare pola formularza wypełnia laboratorium

**noworodek bez nadanego imienia – oznaczenie „syn” lub „córka” i numer PESEL matki/ pacjent małoletni, ubezwłasnowolniony całkowicie lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody –imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania

Uwagi:

Sposób odbioru wyników badań za okazaniem dowodu tożsamości (zaznacz właściwe):

- osobiście
 przez osobę upoważnioną (imię, nazwisko, nr dokumentu

Informacje dla klienta:

- Opłata za badanie płatna przelewem na konto nr **33 1010 1140 0175 2922 3100 0000** w kwocie **195 zł**.
- W treści przelewu należy umieścić typ badania: badanie kału, imię i nazwisko, NIP w przypadku potrzeby wystawienia faktury. Brak numeru NIP skutkować będzie brakiem możliwości wystawienia faktury. Potwierdzenie przelewu należy dostarczyć razem ze zleceniem badania.
- W przypadku nieterminowej zapłaty, zleceniobiorca zastrzega sobie możliwość naliczenia odsetek ustawowych.
- Termin wykonania badania: do 5 dni roboczych od dnia przyjęcia próbki do badania.
- Laboratorium zapewnia poufność, bezstronność oraz nie podaje częściowych wyników badań.
- Laboratorium nie ponosi odpowiedzialności za dane pozyskane od klienta oraz za pobór i transport próbek.
- W przypadku, gdyby uzyskane wyniki wskazywałyby na zagrożenie zdrowia publicznego powiadomiony zostanie właściwy Państwowy Inspektor Sanitarny.
- Zostałem poinformowany o sposobie pobrania i transporcie próbek (załącznik 4 i załącznik 5 do IR_17_01) dostępny w Punkcie Przyjmowania Próbek oraz na stronie:
<https://www.gov.pl/web/psse-wejherowo/dla-klienta>
- Wyrażam zgodę na jej badanie wg procedury PB_51_01 edycja 8 z dnia 02-09-2025/A „Wykrywanie obecności Salmonella i Shigella w próbkach kału lub w wymazach z odbytu” metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym i serologicznym.
- A - metoda badawcza akredytowana zawarta w zakresie akredytacji PCA Nr AB 1122
- W ciągu 14 dni od otrzymania sprawozdania z badań klient ma prawo do złożenia skargi.
- Obowiązek informacyjny wynikający z ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) dostępny w siedzibie w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Wejherowie (84-200 Wejherowo; ul. Obrońców Helu 3) oraz na stronie internetowej:
<https://www.gov.pl/web/psse-wejherowo/ochrona-danych-osobowych>.

Data i podpis zleceniodawcy

.....
(imię i nazwisko)

Przegląd i przyjęcie zlecenia

.....
(data i podpis)