

- Klient wyraża zgodę na (nieodpłatne) potwierdzenie dodatknego wyniku badania w laboratorium referencyjnym.
- Klient został poinformowany o sposobie pobierania i postępowania z próbką.
- Klient przygotował próbkę do badania zgodnie z otrzymaną instrukcją.
- Klient ma możliwość zgłoszenia skargi.
- Klient zobowiązuje się odebrać sprawozdanie z badania osobiście lub przez upoważnioną osobę.
- Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Radomiu reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego/ Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej z siedzibą w Radomiu, ul. gen. L. Okulickiego 9D, 26 – 601 Radom, e – mail: sekretariat.psse.radom@sanepid.gov.pl tel.: (48) 345 15 89.
- W sprawie ochrony swoich danych osobowych, możecie Państwo kontaktować się z wyznaczonym przez Administratora Inspektorem Ochrony Danych Osobowych, e-mail: iod.psse.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 zaopatrujących PSSE w Radomiu w rozwiązania 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
 - podmiotom upoważnionym z mocy prawa.
- 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 – PUODO.
- 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 niepodanie 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.
- Zleceniodawca 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.

PROTOKÓŁ PRZYJĘCIA PRÓBEK

Wypełnia Punkt przyjęć 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

241D02

ZLECENIE WYKONANIA BADANIA MIKROBIOLOGICZNEGO
w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Radomiu
POWIATOWA STACJA 26-601 Radom ul. gen. Leopolda Okulickiego 9D
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA W LIPSKU NIP : 796-20-46-977 tel./fax 48 330-90-32
27-300 Lipsko, ul. Ilżacka 32 SEKCJA LABORATORYJNA EPIDEMIOLOGII
REG.670958483 NIP 811-14-32-83

Zlecający badanie* pacjent indywidualny / pieczęćka 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..... / 2026
2.....	EP..... / 2026
3.....	EP..... / 2026

ZLECENIE NR. ZŁ.

Nazwa badania: Obecność i identyfikacja pałeczek Salmonella i Shigella (A)
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/zleceniodawcy

* zaznaczyć odpowiednie

** w przypadku braku numeru PESEL podać numer identyfikacyjny pacjenta