

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|
| Nazwa i adres Klienta/Zleceniodawcy:<br>.....<br>.....<br>.....<br>Tel.: ..... NIP: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Nr zlecenia<br>.....<br>Nr próbki<br>.....<br>.....<br>..... |
| <b>DANE OSOBY BADANEJ:</b><br>Imię i nazwisko: ..... Data urodzenia ..... Płeć: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K<br>PESEL/Nazwa i nr dokumentu tożsamości*: .....<br>Adres zamieszkania: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                              |
| Objawy zakażenia przewodu pokarmowego /istotne dane kliniczne pacjenta/: .....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                              |
| Materiał diagnostyczny: <input type="checkbox"/> kał <input type="checkbox"/> wymaz z odbytu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                              |
| <b>CEL BADAŃ:</b><br><input type="checkbox"/> na nosicielstwo /zdrowy/<br><input type="checkbox"/> badanie w kierunku schorzeń jelitowych /chory, ozdrowieniec, nosiciel/<br><input type="checkbox"/> badanie w kierunku pasożytów                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                              |
| Próbka dostarczona przez: <input type="checkbox"/> zleceniodawca <input type="checkbox"/> PSSE <input type="checkbox"/> osoba badana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                              |
| Imię i Nazwisko pobierającego próbkę: .....<br>Data i godzina pobrania próbki:<br>Próbka nr 1: .....<br>Próbka nr 2: .....<br>Próbka nr 3: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                              |
| Metody badawcze:<br><input type="checkbox"/> 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**<br><input type="checkbox"/> 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**<br><input type="checkbox"/> PB-04 wyd. 3/28.05.2012 r. „Badanie w kierunku pasożytów przewodu pokarmowego metodą koproskopową”<br><input type="checkbox"/> PB-06 wyd. 2/09.09.2014 r. „Badanie kału w kierunku Enterobacteriaceae” |  |                                                              |
| Odbiór wyniku badania: <input type="checkbox"/> osobiście <input type="checkbox"/> przez osobę upoważnioną: .....<br>Płatność wg aktualnie obowiązującego cennika: <input type="checkbox"/> gotówka w kasie PSSE <input type="checkbox"/> przelew***<br>Osoba do kontaktu: ..... Tel. ....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                              |

**Klienta/Zleceniodawca przyjmuję 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, , tel.: /62/ 737-89-00; fax.: /62/ 737-89-20; e-mail: sekretariat@psse-ostrow.pl; strona internetowa: www.psse-ostrow.pl; skrzynka; ePUAP: psseostrowwlkp.;
2. ADO wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IOD), z siedzibą w PSSE Ostrowie Wielkopolskim, 63-400 Ostrów Wielkopolski, Plac Stefana Rowińskiego 3, tel.: /62/ 737-89-21;
3. Dane osobowe są gromadzone i przetwarzane w celu realizacji obowiązków ADO, 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 i Inspekcji Sanitarnej /Dz. U. 2019 r., poz. 59 z późn. zm./;
  - Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi /Dz. U. z 2018 r., poz. 151 z późn. zm./;
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.