ZLECENIE NR ……/…….r. NA BADANIA W SEKCJI SCHORZEŃ JELITOWYCH

Numer sprawy: OL-C…….....20….. **Lp. badań: …….....…**

UWAGA – DRUK WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Szare pola wypełnia Laboratorium

DANE OSOBY BADANEJ

M/K
Imię i nazwisko *Płeć*

Data urodzenia

PESEL lub nazwa i numer dokumentu tożsamości w przypadku braku numeru PESEL

Adres

Telefon

POWIATOWA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA w KONINIE 62-500 Konin ul. Stanisława Staszica 16

DANE ZLECENIODAWCY

Nazwa Zleceniodawcy

Adres

NIP

Telefon

METODA BADAWCZA

Badanie kału na nosicielstwo pałeczek Salmonella/Shigella PB-01/OL-C: Wyd. 04 z dn. 06.05.2026 r. na podstawie zaleceń NIZP PZH-PIB.
Metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym i serologicznym. Q
Q – metoda akredytowana; Nr certyfikatu akredytacji: AB 648

Lp.	Rodzaj materiału	Data i godzina pobrania próbki	Stan próbki p-prawidłowy n-nieprawidłowy	Kod próbki	Status pacjenta	Data i godzina przyjęcia próbki

* Próbka pobrana przez: ☐ osobę badaną ☐ ……...
(imię i nazwisko)

* Próbka dostarczona przez: ☐ osobę badaną ☐ zleceniodawcę
☐ pracownika PSSE ☐ ……...
(imię i nazwisko)

* Odbiór wyniku badania: ☐ osobiście ☐ przez osobę upoważnioną
☐ przez pracownika PSSE…….. ☐ przez Internet

* Forma płatności: ☐ opłata w kasie PSSE w Koninie ☐ przelew *(nie dotyczy Klientów indywidualnych)*

Orientacyjny termin realizacji zlecenia: ……..

* Koszt badania: …….. ☐ faktura nr ……../…… ☐ paragon

Laboratorium zapewnia bezstronność i poufność badań. Informacje (w tym wyniki badań) uzyskane podczas realizacji zlecenia Klienta są poufne. Zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w przypadku wyników dodatnich w kierunku określonych biologicznych czynników chorobotwórczych, laboratorium ma obowiązek powiadomienia właściwego Państwowego Inspektora Sanitarnego.

1. Klient został poinformowany, iż przetwarzanie danych osobowych przez PSSE w Koninie jest niezbędne do wykonania umowy/zlecenia i zapoznał się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych. Sposób przetwarzania będzie zgodny z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych osobowych (dotyczy osób fizycznych). Klauzula informacyjna dostępna na miejscu oraz pod adresem: www.gov.pl/web/psse-konin/klauzula-informacyjna.
2. Klient lub inna strona ma prawo do złożenia skargi/wniosku.
3. Klient oświadcza, że dane podane w Zleceniu są prawdziwe.
4. Klient oświadcza, że dostarczona próbka/próbki do badań zostały pobrane i transportowane zgodnie z instrukcjami użytkowymi Laboratorium dotyczącymi pobierania, przechowywania i transportu próbek do badania.
5. W przypadku wskazania do ponownego pobrania próbek i powtórzenia badania koszty ponosi Klient.
6. Klient wyraża zgodę na kontakt telefoniczny w sprawach związanych ze Zleceniem.
7. Laboratorium zastrzega sobie prawo wykorzystania wyników badań do opracowań statystycznych bez ujawniania tożsamości Klienta.
8. Kompetencje Laboratorium potwierdzone akredytacją w odniesieniu do normy PN-EN ISO/IEC 17025 nie obejmują etapu przedanalitycznego i poanalitycznego.

……
Data i podpis osoby badanej/zleceniodawcy

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany/a upoważniam Pana/Panią…….

legitymującego się dokumentem tożsamości numer: …… seria ……..do odbioru sprawozdania z badań.

……
Data i podpis osoby badanej/zleceniodawcy

……
Data i podpis osoby przyjmującej zlecenie

……
Data i podpis osoby odpowiedzialnej za przegląd zlecenia w OL

*Właściwe zaznaczyć