

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Łodzi Oddział Laboratoryjny Mikrobiologii i Parazytologii ul. Wodna 40 90-046 Łódź tel. 42 253 62 00					KOD KRESKOWY <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 5px;"></div>		KOD PRÓBK S/J ...../2026				
<b>ZLECENIE BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO</b>											
Rodzaj /kierunek badania			Nosicielstwo pałeczek <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> zgodnie z PB/L-09 wyd. 5 z dnia 10.02.2025 r. <b>Metoda akredytowana.</b>								
<b>Uzupełnia pacjent</b>											
<b>DANE PACJENTA</b> (prosimy wypełniać WIELKIMI LITERAMI)											
NAZWISKO					PŁEĆ		<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M				
IMIĘ (IMIONA)											
DATA URODZENIA			dzień	miesiąc	rok			W PRZYPADKU BRAKU NR PESEL NAZWA, NR I SERIA DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ			
PESEL											
ADRES ZAMIESZKANIA		Ulica, nr domu/mieszkania									
		Kod pocztowy			Miejscowość						
				-							
<b>DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO</b> (w przypadku pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego całkowicie lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody)											
IMIĘ (IMIONA)											
NAZWISKO											
ADRES ZAMIESZKANIA											
<b>DANE KLINICZNE PACJENTA</b>											
ROZPOZNANIE											
ANTYBIOTYKOTERAPIA		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak (jaka):								
RODZAJ MATERIAŁU		<input type="checkbox"/> Kał	<input type="checkbox"/> Wymaz z odbytu			<input type="checkbox"/> Inny:					
PRÓBKA		DATA I GODZINA POBRANIA PRÓBK			KTÓRA PRÓBKA (jeśli dostarczane pojedynczo)						
Próbka nr 1 (K1)					1 <input type="checkbox"/>						
Próbka nr 2 (K2)					2 <input type="checkbox"/>						
Próbka nr 3 (K3)					3 <input type="checkbox"/>						
IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ					PODPIS						
<b>FORMA PRZEKAZANIA / ODBIORU SPRAWOZDANIA Z BADAŃ</b>											
<input type="checkbox"/> forma elektroniczna przez internetową platformę eLaborat			<input type="checkbox"/> osobiście		<input type="checkbox"/> osoba upoważniona do odbioru badania (po okazaniu stosownego upoważnienia)						
CENA BADANIA WYNOŚI 235 ZŁ, SŁOWNIE DWIEŚCIE TRZYDZIEŚCI PIĘĆ ZŁOTYCH.											
FORMA PŁATNOŚCI:		<input type="checkbox"/> gotówka	<input type="checkbox"/> karta	<input type="checkbox"/> BLIK	<input type="checkbox"/> przelew	<input type="checkbox"/> inne:					
<b>TERMIN REALIZACJI BADANIA WYNOŚI 4 DNI ROBOCZE</b>											

## ZGODY I OŚWIADCZENIA

- **Wyrażam zgodę**,  **nie wyrażam zgody** na przetwarzanie przez Łódzkiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego z siedzibą w Łodzi (90-046), ul. Wodna 40 mojego numeru telefonu: ....., w celach kontaktowych w sprawach związanych ze zleceniem.  
oraz
- **Wyrażam zgodę**,  **nie wyrażam zgody** na przetwarzanie przez Łódzkiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego z siedzibą w Łodzi (90-046), ul. Wodna 40 mojego adresu e-mail: ....., w celach kontaktowych w sprawach związanych ze zleceniem.  
Jestem świadomy, że mam prawo wycofać zgodę w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Podanie numeru telefonu oraz adresu e-mail nie jest obowiązkowe, brak powyższych informacji nie wpłynie na proces realizacji zlecenia.
- **Akceptuję**,  **nie akceptuję** metodę badawczą i cenę badania zgodne z aktualną ofertą i obowiązującym cennikiem Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Łodzi na rok bieżący, dostępne w punkcie przyjmowania próbek Działu Laboratoryjnego Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Łodzi oraz zamieszczone na stronie internetowej Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Łodzi (<https://www.gov.pl/web/wsse-lodz/zakres-badan>); (<https://www.gov.pl/web/wsse-lodz/cennik-badan>).

<b>DATA</b>	<b>PODPIS OSOBY ZLECAJĄCEJ (PACJENT)</b>	
-------------	--	--

### Uzupełnia pracownik laboratorium

<b>Wykorzystanie wyników badania:</b>	<input type="checkbox"/> ocena zgodności w obszarach regulowanych prawnie <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> inne</span>	
<b>DATA I GODZINA DOSTARCZENIA PRÓBK/PRÓBEK</b>		
<b>STAN PRÓBK/PRÓBEK</b>	<input type="checkbox"/> bez uwag <input type="checkbox"/> z uwagami:	

#### Uwagi:

1. Osoby uczestniczące przy realizacji zlecenia są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z realizacją zlecenia, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta.
2. Zleceniodawca nie może uczestniczyć w charakterze obserwatora przy wykonywaniu badań mikrobiologicznych.
3. Zleceniobiorca ma obowiązek zgłoszenia dodatkowego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych właściwemu organowi kontroli, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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) (dalej RODO) :

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Łódzki Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny z siedzibą w Łodzi (90-046), ul. Wodna 40;
- administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej [iod.wsse.lodz@sanepid.gov.pl](mailto:iod.wsse.lodz@sanepid.gov.pl);
- administrator będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe w celu realizacji badania diagnostycznego. Dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) i c) RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zlecenia, której stroną jest osoba, której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem zlecenia, wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, oceny pracownika do pracy, zapewnienia opieki zdrowotnej, zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej. Podstawą prawa krajowego są ustawy: z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej. W przypadku podania danych teleadresowych, przetwarzanie odbędzie się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO, w celach kontaktowych na temat realizacji zlecenia oraz przekazania sprawozdania z badania. Jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody [art. 6 ust. 1 lit. a) RODO] może Pan/Pani cofnąć zgodę w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- dane osobowe mogą być udostępnione innym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych, w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, dostawcą internetowej platformy prezentacji wyników eLaborat);
- administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- ma Pani/Pan prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo, zgodnie z art. 13 ust 2 RODO :

- Pani/Pana dane będą przechowywane zgodnie z Rozporządzeniem 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 w zakresie lat 5 (zlecenie wykonania badań) oraz lat 20 (dokumentacja badań laboratoryjnych);
- Pani/Pana dane teleadresowe przetwarzane na podstawie zgody, mogą być przechowywane jak wskazano powyżej lub do czasu cofnięcia zgody. Podanie Pani/Pana danych teleadresowych jest dobrowolne, ich brak nie wpłynie na proces realizacji zlecenia, ale uniemożliwi kontakt w sprawach związanych z realizacją badania diagnostycznego. Podanie pozostałych danych osobowych jest ustawowo obowiązkowe do realizacji badania. Konsekwencją nie podania danych osobowych będzie brak możliwości realizacji zlecenia
- przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Pani/Pana dane osobowe.

<b>Imię i nazwisko przyjmującego zlecenie</b>	<b>Imię i nazwisko osoby zlecającej badanie (pacjent)</b>