

Dane jednostki zlecającej (nazwa, adres, NIP, REGON) / informacje dotyczące odbioru wyniku (miejsce przesłania, dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku)**

ZLECENIE WYKONANIA BADAŃ

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| KOD PRÓBKII* | NUMER ZLECENIA* | Kod metody, numer i data wydania* |
| 1. LB – 2. LB – 3. LB – | | PB-01 wyd. 08 z dnia 01.12.2021 |
| Data i godzina pobrania próbek** | Nazwisko osoby pobierającej materiał do badania**/* | Data i godzina przyjęcia próbki, podpis osoby przyjmującej* |
| 1. 2. 3. | | 1. 2. 3. |

| | |
|---|---|
| Nazwisko i imię osoby badanej (wypełnić drukowanymi literami) lub numer identyfikacyjny pacjenta/szczepu bakteryjnego przy braku innych danych** | |
| Adres zamieszkania** | |
| Data urodzenia** | PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość** |
| Telefon** | Płeć** (Właściwe zakreślić) K / M |
| Informacja dla pacjentów wykonujących badania do celów sanitarno-epidemiologicznych (obszar regulowany prawnie). Proszę zakreślić właściwe: chory, ozdrowieniec, nosiciel, styczna, zdrowy** . | |
| Usługi zlecone wykonane zgodnie z art.36 p.3b i 3c ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. | |

Zakres wykonywanych badań (należy podać zakres badania i rodzaj materiału) **

.....BADANIE BAKTERIOLOGICZNE PRÓBKII KAŁU W KIERUNKU SALMONELLA, SHIGELLA.....

Istotne klinicznie informacje o pacjencie**

Zgodnie z art.13 Rozporządzenia 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 (Dz. Urz. UE L119, z 04.05.2016) zostałem pouczony, że: Administratorem danych osobowych jest Dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno- Epidemiologicznej w Kłodzku. Moje dane osobowe przetwarzane są w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych - na podstawie Art.9 ust. 2 lit. h RODO z dnia 27.04.2016r., na podstawie art. 734-751 ustawy z dnia 14.03.1964r. Kodeks Cywilny. Moje dane osobowe przechowywane będą przez okres 20 lat. Kontakt z inspektorem ochrony danych osobowych iod.psse.klodzko@sanepid.gov.pl telefon nr 74/8673526,w.27. Mam prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. Odbiorcami moich danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie w/w przepisów prawa. Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania uniemożliwi wykonanie badań. Wyrażam zgodę na przetwarzanie wyników do celów statystycznych w warunkach zachowania poufności i ochrony danych osobowych. Wyrażam zgodę na niepodawanie niepewności z etapu pobierania i badania na wyniku. Wyrażam zgodę na metody badawcze stosowane w Laboratorium Bakteriologii oraz na wycenę usługi zgodnie z cennikiem Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kłodzku dostępnym w Punkcie Przyjęć Próbek. Laboratorium Bakteriologii nie uczestniczy w pobraniu i transporcie próbek. Pobranie próbek do badania nie jest objęte zakresem akredytacji. Próbki dostarczył klient / przedstawiciel klienta. Próbki dostarczone przez zlecającego są pobrane zgodnie z instrukcją pobierania i transportu materiałów do badań mikrobiologicznych dostępną w Punkcie Przyjęć Próbek oraz na stronie internetowej gov.pl/web/psse-klodzko. Klient jest odpowiedzialny za pobranie próbek do badania i ich transport. Laboratorium nie odpowiada za etap poanalizyczny badania. Klient ma prawo do złożenia skargi związanej ze sposobem realizacji zlecenia w czasie 14 dni od daty otrzymania sprawozdania z badania. Klient ma prawo uczestniczyć w badaniu jako obserwator po uzyskaniu pisemnej zgody Kierownika Oddziału Laboratoryjnego. Zmiana treści zlecenia wymaga formy pisemnej. Laboratorium Bakteriologii przyjmuje jako standardowe zastosowanie swoich wyników w leczeniu i/lub profilaktyce oraz przeznaczenie - na użytek zlecającego i/lub własny pacjenta. Wyrażam zgodę na nieprzedstawianie stwierdzenia zgodności z wymaganiami/specyfikacją. Zagadnienia dotyczące stwierdzenia zgodności z wymaganiami/specyfikacją oraz ryzyko błędnej akceptacji, odrzucenia zostały przedstawione w instrukcji pobierania i transportu materiału do badań mikrobiologicznych. Laboratorium Bakteriologii nie korzysta z zewnętrznych dostawców badań (podwykonawców).

Informacje dotyczące całości zlecenia w tym przeglądu próbek

Zlecenie i próbka zaakceptowane do badania /
zlecenie i próbka nie zostały zaakceptowane do badania lub inne
(niepotrzebne skreślić)

.....
Podpis pacjenta i/lub zleceniodawcy i/lub lekarza
zlecającego**/*

Decyzja, podpis osoby przeprowadzającej przegląd zlecenia *

* - wypełnia pracownik PSSE

** -dane podane przez klienta