

Wypełnić drukowanymi literami czytelnie

.....
Data wystawienia

ZLECENIE NA BADANIA

Nazwisko i imię badanego.....☐M ☐K

PESEL * i data urodzenia.....

Adres: ul.....nr domu.....

kodmiejscowość.....tel.....

Materiał pobrany od:

- chorego

- ozdrowieńca

- osoby ze styczności

- nosiciela

- zdrowego

☐

☐

☐

☐

☐

Rodzaj materiału:

kał

krw

pmr

wymaz z

inny

☐

☐

☐

☐

☐

Dzień choroby:

Które badanie:

Istotne dane kliniczne pacjenta

Data i godzina pobrania materiału

Dane osoby pobierającej materiał

ZAKRES BADAŃ DO WYKONANIA:

1.

Wykonanie antybiogramu:

Tryb wykonywania badania:

☐ tak

☐ cito

Miejsce przesłania sprawozdania z badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru

.....

Zlecenie to jest równoznaczne ze zobowiązaniem finansowym do pokrycia kosztów badania.

Dane klienta przetwarzane są na podstawie art. 6 pkt.1b Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r., art. 29. 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2024, poz. 581 ze zm.)

.....
(Pieczętka firmowa Klienta /jeśli dotyczy)

.....
(Podpis lub/i pieczętka klienta lub osoby upoważnionej do zlecenia badania – lekarza kierującego)

Data i godzina dostarczenia próbki do Oddziału ChZZ.....

numer klienta/numer próbki/kod próbki

1. ChZZ/...../...../20.....

2. ChZZ/...../...../20.....

3. ChZZ/...../...../20.....

Uwagi pracownika przyjmującego próbki:.....

.....

.....
Podpis pracownika przyjmującego próbki

☐ - zaznaczyć właściwy lub uzupełnić dane
* - jeśli dotyczy obcokrajowców, wpisać serię i numer paszportu, albo numer identyfikacyjny innego dokumentu na podstawie, którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.

Wypełnić drukowanymi literami czytelnie

.....
Data wystawienia

ZLECENIE NA BADANIA

Nazwisko i imię badanego.....☐M ☐K

PESEL * i data urodzenia.....

Adres: ul.....nr domu.....

kodmiejscowość.....tel.....

Materiał pobrany od:

- chorego

- ozdrowieńca

- osoby ze styczności

- nosiciela

- zdrowego

☐

☐

☐

☐

☐

Rodzaj materiału:

kał

krw

pmr

wymaz z

inny

☐

☐

☐

☐

☐

Dzień choroby:

Które badanie:

Istotne dane kliniczne pacjenta

Data i godzina pobrania materiału

Dane osoby pobierającej materiał

ZAKRES BADAŃ DO WYKONANIA:

1.

Wykonanie antybiogramu:

Tryb wykonywania badania:

☐ tak

☐ cito

Miejsce przesłania sprawozdania z badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru

.....

Zlecenie to jest równoznaczne ze zobowiązaniem finansowym do pokrycia kosztów badania.

Dane klienta przetwarzane są na podstawie art. 6 pkt.1b Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r., art. 29. 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2024, poz. 581 ze zm.)

.....
(Pieczętka firmowa Klienta /jeśli dotyczy)

.....
(Podpis lub/i pieczętka klienta lub osoby upoważnionej do zlecenia badania – lekarza kierującego)

Data i godzina dostarczenia próbki do Oddziału ChZZ.....

numer klienta/numer próbki/kod próbki

1. ChZZ/...../...../20.....

2. ChZZ/...../...../20.....

3. ChZZ/...../...../20.....

Uwagi pracownika przyjmującego próbki:.....

.....

.....
Podpis pracownika przyjmującego próbki

☐ - zaznaczyć właściwy lub uzupełnić dane
* - jeśli dotyczy obcokrajowców, wpisać serię i numer paszportu, albo numer identyfikacyjny innego dokumentu na podstawie, którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.

Na podstawie art. 13 ust.1 i ust.2 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), (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r. , str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „Rozporządzeniem RODO” informuję, że Pani/ Pana:

1. Dane osobowe są przetwarzane przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Katowicach, 40-074 Katowice, ul. Raciborska 39, e-mail: wsse.katowice@sanepid.gov.pl, telefon 32 351 23 15;

2. Dane osobowe są przetwarzane w celu :

związany z zawarciem i realizacją umowy zlecenia na wykonanie badań /pomiarów laboratoryjnych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i b, *art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia RODO.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne ale niezbędne dla wykonania umowy w zakresie określonym art. 78 Kodeksu cywilnego oraz pkt 1 i pkt 8 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1923 ze zm.), a konsekwencją niepodania danych osobowych jest nie zawarcie umowy i nie wykonanie badań lub pomiarów;

3. Pani/Pana dane osobowe :

- nie zostaną ujawnione innym odbiorcom

- mogą być przekazywane lub mogą mieć do nich dostęp następujące kategorie odbiorców:

- dostawcy usług, z których korzysta Administrator celem zapewnienia wykonywania przez niego zadań, w tym dostawcy oprogramowania, dostawcy usług teleinformatycznych, operatorzy pocztowi;

- nie są przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych, nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania;

4. Dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania umowy a po jego ustaniu przez okres: 20 lat zgodnie z symbolem 9051 załącznika nr 5 Jednolity rzeczowy wykaz akt organów zespolonej administracji rządowej w województwie i urzędów obsługujących te organy – do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. nr 14, poz. 67 z późn. zm.) i art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581 ze zm.);

5. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, a także prawo do cofnięcia zgody;

6. W przypadku uzyskania wyników dodatnich w kierunku określonych biologicznych czynników chorobotwórczych Pani/Pana wyniki zgodnie z art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2024 r. poz. 924 ze zm.) zostaną przekazane do właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, a w przypadku konieczności potwierdzenia prawidłowości rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej ośrodkowi referencyjnemu lub jednostce badawczo-rozwojowej zgodnie z art. 9 w/w ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;

7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) w przypadku gdy przetwarzanie danych narusza przepisy Rozporządzenia RODO;

8. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Katowicach, 40-074 Katowice, ul. Raciborska 39, e-mail: wsse.katowice@sanepid.gov.pl, telefon 32 351 23 15;

9. Dane kontaktowe Inspektora danych osobowych: iod.wsse.katowice@sanepid.gov.pl, telefon 32 351 23 15.

Na podstawie art. 13 ust.1 i ust.2 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), (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r. , str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „Rozporządzeniem RODO” informuję, że Pani/ Pana:

1. Dane osobowe są przetwarzane przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Katowicach, 40-074 Katowice, ul. Raciborska 39, e-mail: wsse.katowice@sanepid.gov.pl, telefon 32 351 23 15;

2. Dane osobowe są przetwarzane w celu :

związany z zawarciem i realizacją umowy zlecenia na wykonanie badań /pomiarów laboratoryjnych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i b, *art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia RODO.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne ale niezbędne dla wykonania umowy w zakresie określonym art. 78 Kodeksu cywilnego oraz pkt 1 i pkt 8 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1923 ze zm.), a konsekwencją niepodania danych osobowych jest nie zawarcie umowy i nie wykonanie badań lub pomiarów;

3. Pani/Pana dane osobowe :

- nie zostaną ujawnione innym odbiorcom

- mogą być przekazywane lub mogą mieć do nich dostęp następujące kategorie odbiorców:

- dostawcy usług, z których korzysta Administrator celem zapewnienia wykonywania przez niego zadań, w tym dostawcy oprogramowania, dostawcy usług teleinformatycznych, operatorzy pocztowi;

- nie są przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych, nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania;

4. Dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania umowy a po jego ustaniu przez okres: 20 lat zgodnie z symbolem 9051 załącznika nr 5 Jednolity rzeczowy wykaz akt organów zespolonej administracji rządowej w województwie i urzędów obsługujących te organy – do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. nr 14, poz. 67 z późn. zm.) i art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581 ze zm.);

5. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, a także prawo do cofnięcia zgody;

6. W przypadku uzyskania wyników dodatnich w kierunku określonych biologicznych czynników chorobotwórczych Pani/Pana wyniki zgodnie z art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2024 r. poz. 924 ze zm.) zostaną przekazane do właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, a w przypadku konieczności potwierdzenia prawidłowości rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej ośrodkowi referencyjnemu lub jednostce badawczo-rozwojowej zgodnie z art. 9 w/w ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;

7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) w przypadku gdy przetwarzanie danych narusza przepisy Rozporządzenia RODO;

8. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Katowicach, 40-074 Katowice, ul. Raciborska 39, e-mail: wsse.katowice@ sanepid.gov.pl, telefon 32 351 23 15;

9. Dane kontaktowe Inspektora danych osobowych: iod.wsse.katowice@sanepid.gov.pl, telefon 32 351 23 15.