

**ZLECENIE WYKONANIA BADANIA MIKROBIOLOGICZNEGO**  
**w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Radomiu**  
**26-601 Radom ul. gen. Leopolda Okulickiego 9D**  
**NIP : 796-20-46-977 tel./fax 48 330-90-32**  
**SEKCJA LABORATORYJNA EPIDEMIOLOGII**  
**(WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)**

**Zlecający badanie\*** pacjent indywidualny / ..... pieczętka jednostki zlecającej

Nazwisko i imię pacjenta .....

Płeć: K /M\* Data urodzenia ..... PESEL\*\* .....

Adres zamieszkania, kod ..... Miejscowość .....

Ulica ..... numer .....

Istotne dane kliniczne .....

Rodzaj próbek: kał, wymaz z odbytu \*)

| Data(y) i godzina(y) pobrania próbki(ek) | KOD PRÓBKII (wypełnia PSSE) |
|------------------------------------------|-----------------------------|
| 1.....                                   | EP.....                     |
| 2.....                                   | EP.....                     |
| 3.....                                   | EP.....                     |
| <b>ZLECENIE NR.....</b>                  |                             |

**Nazwa badania:** .....

**Procedura badawcza:** .....

Metoda: A-akredytowana, N-nieakredytowana\*

Cel badania\* : sanitarno-epidemiologiczny, diagnostyczny, inne .....

**Próbka pobrana od:** zdrowego, chorego, ozdrowieńca, nosiciela, osoby z otoczenia\*

Tryb badania : normalny ☐ cito ☐

Kwit kasowy nr: ..... .....

Podpis pacjenta/zlecaniodawcy

\* zaznaczyć odpowiednie

\*\* w przypadku braku numeru PESEL podać numer identyfikacyjny pacjenta

- Zgodnie z ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dn.05 grudnia 2008 przyjmuję do wiadomości informację o obowiązku zgłaszania w ciągu 24 h przez kierownika laboratorium dodatknych wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych określonych w wykazie do Powiatowego Inspektora Sanitarnego.
- Klient wyraża zgodę na (nieodpłatne) potwierdzenie dodatniego wyniku badania w laboratorium referencyjnym.
- Klient został poinformowany o sposobie pobierania i postępowania z próbką.
- Klient przygotował próbkę do badania zgodnie z otrzymaną instrukcją.
- Klient ma możliwość zgłoszenia skargi.
- Klient zobowiązuje się odebrać sprawozdanie z badania osobiście lub przez upoważnioną osobę.
- Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Radomiu reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego/ Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej z siedzibą w Radomiu, ul. gen. L. Okulickiego 9D, 26 – 601 Radom, e – mail: [sekretariat.psse.radom@sanepid.gov.pl](mailto:sekretariat.psse.radom@sanepid.gov.pl) tel.: (48) 345 15 89.
- W sprawie ochrony swoich danych osobowych, możecie Państwo kontaktować się z wyznaczonym przez Administratora Inspektorem Ochrony Danych Osobowych, e-mail: [iod.psse.radom@sanepid.gov.pl](mailto:iod.psse.radom@sanepid.gov.pl)
- Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora w celu: udzielania świadczenia zdrowotnego, realizacji praw pacjenta, tworzenia dokumentacji medycznej indywidualnej na podstawie obowiązujących przepisów prawa (art. 9 ust. 2 lit h)
- Będziemy przetwarzać następujące dane: imię i nazwisko, płeć, adres zamieszkania, nr PESEL, informacje o stanie zdrowia oraz pozostałe dane, które są niezbędne do realizacji świadczeń medycznych.
- Państwa dane osobowe wynikające z udzielania świadczeń zdrowotnych będą przetwarzane przez okres zgodny z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta , określający okres archiwizacji dokumentacji medycznej tj.: co do zasady przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, poza wyjątkami wskazanymi w ustawie.
- Państwa dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:
  - dostawcom usług zaopatrujących PSSE w Radomiu w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zarządzanie naszą organizacją (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom sprzętu diagnostycznego)
  - osobom upoważnionym w ramach realizacji praw pacjenta
  - podmiotom upoważnionym z mocy prawa.
- Przysługuje Państwu prawo do dostępu do swoich danych oraz prawo do ich sprostowania oraz w zakresie wynikającym z przepisów prawa do ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – PUODO.
- Korzystanie z naszych usług jest w pełni dobrowolne, jednakże jesteście zobowiązani do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do oznaczenia tożsamości pacjenta z wykorzystaniem jego danych osobowych. W takim przypadku niepodanie danych może skutkować odmową udzielenia świadczenia zdrowotnego.
- Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym nie będą profilowane.
- Laboratorium nie ponosi odpowiedzialności za sposób pobrania i transportu próbki.
- Zleceniobiorca zapewnia bezstronność i poufność zgodnie z obowiązującą polityką bezstronności i poufności PSSE w Radomiu.
- Dane uzyskane od Klienta w trakcie realizacji zlecenia są traktowane jako informacje poufne.

.....  
Podpis pacjenta/zleceniodawcy

## PROTOKÓŁ PRZYJĘCIA PRÓBEK

### Wypełnia Punkt przyjęć materiału do badań w PSSE w Radomiu

Próbka pobrana przez : ZLECENIODAWCA/ZLECENIOBIORCA

Data i godzina przyjęcia próbki(ek) : .....

Uwagi o stanie próbki(ek) :

.....  
Podpis przyjmującego