

>> WZÓR <<

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Łodzi Oddział Laboratoryjny Mikrobiologii i Parazytologii ul. Wodna 40 90-046 Łódź tel. 42 253 62 00		KOD KRESKOWY 	KOD PRÓBKIS/J/2025
ZLECENIE BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO			
Rodzaj /kierunek badania	Nosicielstwo pałeczek <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> zgodnie z PB/L-09 wyd. 5 z dnia 10.02.2025 r. Metoda akredytowana.		
Uzupełnia pacjent			
DANE PACJENTA (prosimy wypełniać WIELKIMI LITERAMI)			
NAZWISKO	KOWALSKI		PŁEĆ ☐ K ☒ M
IMIĘ (IMIONA)	JAN		
DATA URODZENIA	01 01 2000	W PRZYPADKU BRAKU NR PESEL NAZWA, NR I SERIA DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ	
PESEL	01234567890		
ADRES ZAMIESZKANIA	Ulica, nr domu/mieszkania		
	NIEZNANA 1		
	Kod pocztowy	Miejscowość	
	00 - 000	ŁÓDŹ	
DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (w przypadku pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego całkowicie lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody)			
IMIĘ (IMIONA)			
NAZWISKO			
ADRES ZAMIESZKANIA			
DANE KLINICZNE PACJENTA			
ROZPOZNANIE			
ANTYBIOTYKOTERAPIA	☒ Nie ☐ Tak (jaka):		
RODZAJ MATERIAŁU	☒ Kał ☐ Wymaz z odbytu ☐ Inny:		
PRÓBKA	DATA I GODZINA POBRANIA PRÓBKIS	KTÓRA PRÓBKA (jeśli dostarczane pojedynczo)	
Próbka nr 1 (K1)	1.01.2025 7 ⁰⁰	1 ☒ Materiał pobrany zgodnie z Instrukcją Roboczą IR/L/Ep - 62 wyd. 15 z dnia 05.01.2024 r.	
Próbka nr 2 (K2)	2.01.2025 7 ⁰⁰	2 ☒	
Próbka nr 3 (K3)	3.01.2025 7 ⁰⁰	3 ☒	
IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ	JAN KOWALSKI	PODPIS	Kowalski J.
FORMA PRZEKAZANIA / ODBIORU SPRAWOZDANIA Z BADAŃ			
☐ forma elektroniczna przez internetową platformę eLaborat		☒ osobiście	☐ osoba upoważniona do odbioru badania (po okazaniu stosownego upoważnienia)
CENA BADANIA WYNOŚI 235 zł, SŁOWNIE DWIEŚCIE TRZYDZIEŚCI PIĘĆ ZŁOTYCH.			
FORMA PŁATNOŚCI:	☐ gotówka ☒ karta ☐ BLIK ☐ przelew ☐ inne:		
TERMIN REALIZACJI BADANIA WYNOŚI 4 DNI ROBOCZE			

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: 123 456 789, w celach kontaktowych w sprawach związanych ze zleceniem.
 - ☐ **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>).

DATA

03.01.2025

PODPIS OSOBY ZLECAJĄCEJ (PACJENT)

Kowalski

Uzupełnia pracownik laboratorium**Wykorzystanie****wyników badania:**☐ ocena zgodności w obszarach regulowanych prawnie☐ inne**DATA I GODZINA DOSTARCZENIA****PRÓBK/PRÓBEK****STAN PRÓBK/PRÓBEK**☐ bez uwag ☐ z uwagami:**Uwagi:**

- Osoby uczestniczące przy realizacji zlecenia są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z realizacją zlecenia, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta.
- Zleceniodawca nie może uczestniczyć w charakterze obserwatora przy wykonywaniu badań mikrobiologicznych.
- Zleceniobiorca ma obowiązek zgłoszenia dodatniego 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;
- 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 teledadresowych, 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 teledadresowe przetwarzane na podstawie zgody, mogą być przechowywane jak wskazano powyżej lub do czasu cofnięcia zgody. Podanie Pani/Pana danych teledadresowych 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 obligatoryjne 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.

Imię i nazwisko przyjmującego zlecenie**Imię i nazwisko osoby zlecającej badanie (pacjent)**

JAN KOWALSKI