

Radom dn.

Wniosek o wydanie odpisu wyników badań

Proszę o wydanie odpisu wyników badań na nosicielstwo pałeczek Salmonella i Shigella ,
wykonanych wroku.

Nazwisko i imię wnioskodawcy:

Adres:

Pesel:*data urodzenia.....

Badanie zostało wykonane pod nazwiskiem.....

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wydania odpisu wyników badań w kasie PSSE
w Radomiu w wysokości

Dokumentację zobowiązuje się odebrać:

☐ osobiście

☐ za pośrednictwem upoważnionej osoby

.....
imię i nazwisko upoważnionej osoby
nr dowodu tożsamości

.....
podpis wnioskodawcy

Zgodność danych Wnioskodawcy stwierdzono na podstawie dowodu osobistego, paszportu,
legitymacji szkolnej, prawa jazdy ** nr:

.....
podpis osoby przyjmującej wniosek

Potwierdzenie wydania odpisu wyników badań

KOD PRÓBKII :

1...../...../.....

2...../...../.....

3...../...../.....

.....
data i podpis osoby wydającej odpis
i potwierdzającej tożsamość osoby upoważnionej do odbioru

.....
data i podpis wnioskodawcy/ osoby upoważnionej
odbierającej dokumentację

** zaznaczyć odpowiednie

* w przypadku braku numeru PESEL podać numer identyfikacyjny pacjenta (paszport dla obcokrajowca)

- 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 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
- 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 jesteśmy 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.

.....

Podpis pacjenta/zleceniodawcy