**ZLECENIE NA BADANIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Imię |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Płeć | | | | ☐Mężczyzna ☐Kobieta | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  | | | | | |
| Numer paszportu1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tel. | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Data urodzenia | *d* | *d* | *-* | *m* | *m* | *-* | *r* | *r* | *r* | *r* |  | Kod2 | | | |  |  |  |  |  |  |
| Adres pobytu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |  |  |  |  |  |  |
| Miejscowość |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Kod pocztowy | | | | |  |  | - |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |  |  |  |  |  |  |
| Ulica |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Nr domu/mieszkania | | | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |  |  |  |  |  |  |
| Powiat |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 Wpisać w przypadku braku numeru PESEL.  2 Wpis oznacza zgodę na udzielanie informacji dotyczącej zleconego badania po podaniu imienia, nazwiska, nr PESEL oraz kodu. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Kod kreskowy | | | | | | | | | | | | | | ID EWP | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kierunek badania: Wykrywanie RNA wirusa SARS-CoV-2** | | | | | |
| Stan zdrowotny pacjenta | ☐ Zdrowy | ☐ Chory hospitalizowany | ☐ Styczność | |  |
| ☐ Chory | ☐ Ozdrowieniec | ☐ Nosiciel | |  |
| Rodzaj materiału | ☐ Kał | ☐ Wymaz z kału | ☐ Surowica | | ☐Inny (wpisać jaki) |
| ☐ Krew | ☐ Wymaz z gardła | ☐ Wymaz z nosa | | ☐wymaz z nosogardzieli |
| Zostałem/am poinformowany/a, że mam prawo złożenia reklamacji/skargi w terminie 14 dni od daty otrzymania sprawozdania z badań. Zapoznałem/am się ze sposobem pobierania, transportem próbki, obowiązującym cennikiem, zakresem akredytacji Laboratorium oraz akceptuję metodykę badań zgodnie z PB-19/LM wyd. II z dnia 19.01.2021 . Wyrażam zgodę na realizację świadczenia (dotyczy badań zleconych). Po zakończeniu badań próbki są utylizowane lub mogą być wykorzystane w celu wewnętrznej kontroli jakości, badań naukowych lub sanitarno-epidemiologicznych. | | | | | |
|  | | | |  | |
| Jednostka zlecająca badanie/podpis zleceniodawcy | | | | Data / godzina pobrania próbki | |

**Przegląd zlecenia (wypełnia Laboratorium)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr zlecenia | LM.9051.2 . ……..……..…………………… / N / 20210 | | | Data / godzina dostarczenia próbki do badań |
|  |
| Ocena próbki | | ☐Prawidłowa | | ☐Nieprawidłowa |
| Sposób finansowania | | Badania nadzorowe | | |
| Akceptacja zlecenia | |  | | |
| **Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy**  Dział Laboratoryjny  Oddział Badań Mikrobiologicznych | | | 85-031 Bydgoszcz, ul. Kujawska 4  tel. centrali: 52 376 18 00, fax 52 345 98 40  e-mail: [wsse.bydgoszcz@pis.gov.pl](mailto:wsse.bydgoszcz@pis.gov.pl)  [www.pwisbydgoszcz.pl](http://www.pwisbydgoszcz.pl) | |

F/WSSE/L/PL-01/02 z dnia 19.01.2021 Strona 1 z 1

*(PWIS staje się osobnym administratorem danych od momentu ich otrzymania od PSSE)*

Podstawą przetwarzania danych osobowych z zakresu diagnostyki laboratoryjnej jest obowiązek prawny ciążący na administratorze - art. 6 ust. 1, lit. c), jak i wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym - art. 6 ust.1 lit. e) do celów profilaktyki zdrowotnej art. 9 ust. 2 lit. h, ze względów związanych z interesem publicznym w dziedzinie zdrowia publicznego, jak ochrona przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami zdrowotnymi - art. 9 ust. 2 lit. i) RODO.

Administratorem Danych jest Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy z siedzibą przy ul. Kujawskiej 4. W przypadku pytań dotyczących przetwarzania danych zapraszamy do kontaktu z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem: iod@pwisbydgoszcz.pl Podanie danych jest obligatoryjne i niezbędne do wykonania badań diagnostycznych. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do danych, uzyskanie ich kopii, prawo do sprzeciwu i przenoszenia danych, o ile będzie to dozwolone prawem. Przysługuje również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do wykonania badania a po jego ustaniu przez okres 20 lat zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Pełna informacja dotycząca przetwarzania danych jest podawana w trakcie realizacji badań i jest dostępna na stronie internetowej [www.bip.pwisbydgoszcz.pl](http://www.bip.pwisbydgoszcz.pl) w zakładce Dla Ciebie /Ochrona Danych.