**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 pobraniapróbki |

**Przegląd zlecenia (wypełnia Laboratorium)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr zlecenia | LM.9051.2 . ……..……..…………………… / N / 20210 | Data / godzina dostarczeniapróbki do badań |
|  |
| Ocena próbki | ☐Prawidłowa | ☐Nieprawidłowa |
| Sposób finansowania | Badania nadzorowe |
| Akceptacja zlecenia  |  |
| **Wojewódzka StacjaSanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy**Dział LaboratoryjnyOddział 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 [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.