

### ZLECENIE BADANIA

|   |  |
|---|--|
| Zleceniodawca/Imię i nazwisko: .....  | Nr próbek: .....   |
| Dane pacjenta /Imię i nazwisko <b>JAN KOWALSKI</b>  |  |
| Data urodzenia <b>12.08.19XX</b>  | PESEL <b>190812XXXXX</b> Płeć M <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> |
| Adres: <b>UL. KWIATOWA 98, 65-321 XXX</b>   |  |
| Tel. <b>508 XXX XXX</b> Podanie tel. jest dobrowolne w celu ułatwienia kontaktu NIP.....  |  |
| Płatność: przelew <input type="checkbox"/> gotówka w kasie PSSE <input type="checkbox"/>  |  |
| Wyniki: przesłać pocztą <input type="checkbox"/> przesłać fax <input type="checkbox"/> odbiór w PSSE <input type="checkbox"/>   |  |
| Osoba do kontaktu: .....  |  |
| Cel badań:<br><input type="checkbox"/> - na nosicielstwo (zdrowy)<br><input type="checkbox"/> - badanie ogólne na posiew (chory, ozdrowieniec, nosiciel)<br><input type="checkbox"/> - posiew sporalu<br><input type="checkbox"/> - płynu dezynfekcyjnego<br><input type="checkbox"/> - pasożytów   | Data pobierania próbek: .....  |
|   | Rodzaj materiału: kał <input type="checkbox"/> wymaz z odbytu <input type="checkbox"/>         |
|   | Pobierany przez (Imię i nazwisko) : .....  |
| Pobieranie / dostarczenie próbek: zleceniodawca <input type="checkbox"/> PSSE <input type="checkbox"/>  |  |
| Uzgodniam wykonanie badań przy pomocy właściwych metod badawczych przyjętych w Pracowni:<br><input type="checkbox"/> PB/01 wyd. 4 z 07.08.2018 Obecność pałeczek jelitowych Salmonella i Shigella. Metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym i serologicznym Q<br><input type="checkbox"/> PB/02 wyd. 4 z 07.08.2018 Obecność pałeczek z rodziny Enterobacteriaceae. Metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym i serologicznym Q  |  |
| Przyjmuję do wiadomości że:<br>- w przypadku gdy, uzyskane wyniki świadczą mogą o nadzwyczajnym zagrożeniu środowiska, zdrowia lub życia ludzi Pracownia zobowiązuje się do powiadomienia właściwego organu;<br>- istnieje możliwość składania pisemnej skargi w ciągu 7 dni od otrzymania wyników;<br>- Pracownia zobowiązuje się do wykonania badania w sposób rzetelny, bezstronny i terminowy;<br>- Pracownia zapewnia zachowanie poufności informacji dotyczących Klienta, pacjenta i uzyskanego wyniku badania;<br>- Pracownia zastrzega sobie prawo wykorzystania wyników badań do opracowań statystycznych bez ujawniania tożsamości Klienta, Pacjenta. |  |
| Odbiór wyniku badania: osobiście <input type="checkbox"/> przez upoważnioną osobę <input type="checkbox"/> :.....   |  |
| Uwagi: .....  |  |
| Data .....  | Podpis zleceniodawcy <i>Jan Kowalski</i>   |
| Uwagi: .....  |  |
| Stan próbki – zgodny z wymaganiami <input type="checkbox"/> niezgodny z wymaganiami <input type="checkbox"/>  |  |
| Przyjęcie próby - akceptuję <input type="checkbox"/> nie akceptuję <input type="checkbox"/>   |  |
| Data i godzina przyjęcia:..... Podpis osoby przyjmującej .....  |  |

właściwe zaznaczyć; Metody badawcze oznaczone symbolem Q objęte są akredytacją PCA nr AB 579. Kompetencje Laboratorium potwierdzone w akredytacji w odniesieniu do wymagań normy PN-EN ISO/IEC 17025:2005+Ap1:2007 nie obejmują etapu przedanalitycznego i poanalitycznego.

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY:**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) informuję, iż :

1. Administratorem Danych jest PSSE w Kępnie, 63-600 Kępno, ul. Poczтовая 1-3, tel.: (62)7823238, fax.: (62)7829528, e-mail: [laboratorium@psse-kepno.pl](mailto:laboratorium@psse-kepno.pl), strona internetowa: [www.psse.kepno.pl](http://www.psse.kepno.pl), BIP: [www.bip.psse.kepno.pl](http://www.bip.psse.kepno.pl).
2. Administrator Danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w PSSE w Kępnie 63-600 Kępno, ul. Poczтовая 1-3, tel.: (62) 7829510 fax.(62) 7829528, e-mail: [iod@pl](mailto:iod@pl).
3. Dane osobowe są gromadzone i przetwarzane w celu realizacji obowiązków Administratora Danych, w związku z załatwianą sprawą, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c)
  - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z ustawy z dnia 05.12.2008 o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (DZ.U. z 2018 poz.151
  - w celach archiwalnych.
4. Dane osobowe będą usuwane w terminach wskazanych w Rozporządzeniu 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 lub innych przepisach prawa, regulujących czas przetwarzania danych, którym podlega Administrator Danych.
5. Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym je na zlecenie Administratora Danych (np.: podmiotom serwisującym systemy informatyczne i aplikacje, w których przetwarzane są dane osobowe), instytucjom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie obowiązującego prawa (np.: organom administracji, sądom, ) oraz innym podmiotom, w zakresie, w jakim są one uprawnione do ich otrzymywania na podstawie przepisów prawa.
6. Podanie danych Osobowych jest wymogiem ustawowym.