Gdańsk, dnia……

Zlecenie Jednorazowe Nr: LDM.9052.. …… . 2024

Zlecający badanie**: pacjent indywidualny, pieczątka jednostki zlecającej
(adres, telefon, NIP, REGON)

KRS/EWD ……..……..…….

W przypadku SPÓŁKI CYWILNEJ: Imiona i nazwiska oraz adresy zamieszkania wspólników spółki i PESEL
……..……..……..……

Dane pacjenta:

Nazwisko*: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Imię*: | | | | | | | | | | | Data urodzenia: | | | | | | | | |
rok miesiąc dzień

Płeć: K/M ** PESEL***:……..……..…….……..……

Adres zamieszkania *(rzeczywiste miejsce pobytu)*: …….....……..……...…..……

……..……..…… Telefon kontaktowy: ……...……..…….

Przyjmowane leki (antybiotyki, chemioterapeutyki, antywirusowe, antygrypowe, inne):
……
…..……...……
(w ciągu ostatnich 5 dni)

Dodatkowe dane:
W przypadku badań w kierunku nosicielstwa pałeczek *Salmonella, Shigella*/ogniska choroby przenoszonej drogą pokarmową/ schorzeń jelitowych
Kategoria osoby badanej: *zdrowy / chory / ozdrowieniec / nosiciel / osoba z otoczenia***
Objawy (w przypadku osoby chorej): *gorączka / wymioty / wysypka / biegunka: wodnista, śluzowa, krwawa, inne***
……...…..……..……..……
……..……..……..…… Data wystąpienia: ……...……..…..

Próbka *[wypełnia osoba pobierająca]*:
Rodzaj: *kał, wymaz z odbytu, wymaz z kału, inne***……..…….
Data i godzina pobrania: …….……
Osoba pobierająca: osoba badana, inne** ……
Temperatura przechowywania i transportu** temp. chłodni, temp. pokojowa

Data przyjęcia próbki *[wypełnia przedstawiciel laboratorium WSSE w Gdańsku]*: ……...……
Stan próbki przy przyjęciu: stan próbki odpowiedni do badań/ stan próbki nieodpowiedni do badań ***[wypełnia przedstawiciel laboratorium WSSE w Gdańsku]*

Rodzaj badania (kierunek)	Cena brutto	Próbka

Metodyki stosowane w Laboratorium Diagnostyki Medycznej *[wypełnia przedstawiciel laboratorium WSSE w Gdańsku]*:
……..……...
……..……

Termin wykonania badania *[wypełnia przedstawiciel laboratorium WSSE w Gdańsku]*: ……..
Zleceniodawca zobowiązuje się do zapłaty za badanie: ~~*gotówką /kartą płatniczą/ przelewem*~~**.
W przypadku przelewu nr rachunku bankowego WSSE wraz z terminem zapłaty zostanie wskazany na fakturze.

W przypadku nieterminowej zapłaty Wojewódzka Stacja Sanitarno–Epidemiologiczna w Gdańsku zastrzega sobie możliwość naliczenia odsetek ustawowych za opóźnienie lub w przypadku osób prawnych czy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, odsetek ustawowych za opóźnienie w transakcjach handlowych.

Zleceniodawca upoważnia Zleceniobiorcę do wystawienia faktury bez podpisu.

Sposób odbioru sprawozdania z badania: *osobiście, przez osobę z placówki zlecającej badanie, w uzasadnionych przypadkach pocztą***.

Laboratorium zapewnia poufność wszelkich informacji uzyskanych lub wytworzonych podczas realizacji działalności laboratoryjnej, nie podaje częściowych wyników badań.
W przypadku, gdyby uzyskane wyniki wskazywałyby na zagrożenie zdrowia publicznego, powiadomiony zostanie właściwy Państwowy Inspektor Sanitarny.

Klient ma prawo do złożenia skargi.

Zleceniodawca zapoznał się z warunkami świadczenia usługi i z aktualną ofertą badań wykonywanych w Laboratorium, która jest dostępna w siedzibie Laboratorium lub na stronie internetowej www.gov.pl/wsse-gdansk/

Wyrażam zgodę na metody badań stosowane w laboratorium: TAK/ NIE**
Uwagi:
……
……

..... …….....

podpis przedstawiciela laboratorium WSSE w Gdańsku
(osoby przyjmującej zlecenie)

podpis zleceniodawcy lub osoby upoważnionej
czytelnie imię i nazwisko, imienna pieczątka
potwierdzenie zapoznania się z instrukcją
pobierania i sposobu dostarczenia materiału

* wypełnić literami drukowanymi ** niepotrzebne skreślić/zastosować właściwe
*** w przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL – nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość