

ZLECENIE BADANIA Test ALEX²

UWAGA - ZLECENIE PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Dane pacjenta

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia:

PESEL

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Miejsce urodzenia:

lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

Adres zamieszkania:

ulica i numer domu/mieszkania

Płeć: M K

kod pocztowy i miejscowość

Telefon:

Nazwisko i adres opiekuna prawnego pacjentów nieletnich:

NUMER BADANIA

Zlecam wykonanie badania

Rodzaj materiału: surowica

Data i godzina pobrania materiału: Podpis osoby pobierającej materiał:

Test ALEX² - MULTIPLESOWY TEST DO DIAGNOSTYKI MOLEKULARNEJ ALERGII IgE-zależnej
(295 alergenów – 178 molekuł i 117 ekstraktów alergenowych oraz IgE całkowitego)

Test ALEX² z opisem - MULTIPLESOWY TEST DO DIAGNOSTYKI MOLEKULARNEJ ALERGII IgE-zależnej z opisem wyniku i wyszczególnieniem molekuł oraz źródeł alergizujących
(295 alergenów – 178 molekuł i 117 ekstraktów alergenowych oraz IgE całkowitego)

Forma płatności

- gotówka
- karta
- przelew

Dokument sprzedaży

- faktura
- paragon

Odbiór wyniku

- wersja elektroniczna/ podać adres e-mail:
- UWAGA: w celu wysyłki wyniku mailem wymagany uzupełniony numer PESEL.**
- wersja elektroniczna dla lekarza/osoby interpretującej wynik/ podać adres e-mail:
- osobisty w siedzibie Instytutu
- przez upoważnioną osobę (imię i nazwisko, numer dowodu osobistego):
- wysyłka pocztą - dodatkowo płatna

Dane do faktury

Firma/Imię i nazwisko

Ulica i nr domu/mieszkania

Kod pocztowy i miejscowość

NIP

Data i godzina przyjęcia materiału:

Uwagi laboratorium:

Zgodnie z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dn. 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), a także zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 Dz. U. z 24.05.2018 poz. 1000, Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Instytut Mikrobiologii sp. z o.o. & Co. Komandytowa w Poznaniu (60-129), ul. Sielska 10, tel. 061 862 63 15. Z inspektorem ochrony danych osobowych może Pani/Pan się skontaktować drogą elektroniczną na e-mail: inspektor.danych@instytut-mikroekologii.pl. Dane osobowe są przetwarzane w celach realizacji umowy o wykonania badania oraz wykonywania przez administratora obowiązków wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dane osobowe będą przechowywane w czasie obowiązywania umowy i przez okres 20 lat po jej zakończeniu. Instytut Mikrobiologii informuje, że ma Pani/Pan prawo do żądania od Instytut Mikrobiologii dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. Instytut Mikrobiologii informuje także, że ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Podanie danych osobowych na zleceniu badania: 1) dane pacjenta: a) imię i nazwisko, b) data urodzenia, c) miejsce zamieszkania, d) płeć, e) numer PESEL, a w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; f) numer identyfikacyjny pacjenta (podawany przy braku innych danych); 2) pieczęć i podpis lekarza zlecającego badanie lub imię i nazwisko oraz nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość innej osoby upoważnionej do zlecenia badania; 3) dane jednostki zlecającej badanie; 4) miejsce przesłania sprawozdania z badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku lub sprawozdania z badania; 5) rodzaj materiału i jego pochodzenie; 6) zleczone badanie; 7) data i godzina pobrania materiału do badania; 8) dane osoby pobierającej materiał do badania; 9) data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium; 10) istotne kliniczne dane pacjenta, w szczególności: rozpoznanie, występujące czynniki ryzyka zakażenia, w tym wcześniejsza antybiotykoterapia, wcześniejsza hospitalizacja, choroby towarzyszące, zabiegi chirurgiczne, są wymogiem ustawowym i warunkiem zawarcia umowy. Brak podania którejkolwiek z ww. danych osobowych skutkuje niemożnością zawarcia umowy o przeprowadzenie badania.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na powierzenie przez Instytut Mikrobiologii sp. z o.o. sp. k. wykonania badań oraz tym samym powierzenie moich danych osobowych w celu realizacji badań na rzecz ALICJA RUDEK Przedsiębiorstwo Usług Medycznych "Al - Med" Laboratorium Analityczno – Bakteriologiczne Radomsko ul. Przeborska 2 (Test Alex2) lub EMMA MDT Sp. z o.o. (dystybutor testu) oraz CAAM- Centri Associati di Allergologia Molecolare we Włoszech - jednostka wykonująca badanie (Test Alex2 z opisem).

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wystanie próbki krwi do laboratorium poza granicami kraju.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie wyników moich badań do celów naukowych, z zachowaniem warunków anonimowości.

Ja, niżej podpisany oświadczam, że zapoznałem się z informacjami dotyczącymi zleconych badań oraz otrzymałem satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania i wyrażam dobrowolnie zgodę na pobranie krwi i udział w tym badaniu.

UWAGA: WYMAGANY PODPIS PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO. BRAK PODPISU BĘDZIE SKUTKOWAŁ NIEWYKONANIEM ZLECONYCH BADAŃ.