

ZLECENIE BADANIA ANTYGENU SARS-CoV

UWAGA - ZLECENIE PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI
Dane pacjenta
Nazwisko: **Imię:**

Data urodzenia: **PESEL**

lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

NUMER BADANIA

Adres zamieszkania:

ulica i numer domu/mieszkania

kod pocztowy i miejscowość

Telefon:

Płeć: M K
Nazwisko i adres opiekuna prawnego pacjentów nieletnich:

Zlecam wykonanie badania

Rodzaj materiału: wymaz z jamy nosowo-gardłowej/ wymaz z nosa* (zaznaczyć właściwe)

Data i godzina pobrania materiału:

Podpis osoby pobierającej materiał:

 Antygen SARS-CoV-2 – test kasetkowy
 Antygen SARS-CoV-2/ Grypa A i B/ RSV

PIECZĄTKA ZLECENIODAWCY

Odbiór wyniku

-
- osobisty
-
-
- wersja elektroniczna/ podać adres e-mail:
-
- UWAGA: w celu wysyłki wyniku mailem wymagany uzupełniony numer PESEL.
-
-
- przez upoważnioną osobę (imię i nazwisko, numer dowodu osobistego):

Dokument sprzedaży

-
- faktura
-
-
- paragon

Dane do faktury

 Firma/Imię i nazwisko
 Ulica i nr domu/mieszkania
 Kod pocztowy i miejscowość
 NIP

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. & 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-mikrobiologii.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 Instytutu 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) zlecone 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.**

 Pani/a wyniki badań mogą być wykorzystane 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 OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE. BRAK PODPISU BĘDZIE SKUTKOWAŁ NIEWYKONANIEM ZLECONYCH BADAŃ.

Miejscowość/ data

Czytelny podpis

Protokół badania: Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium:

Nazwa testu i LOT: **Kontrolka wewnętrzna testu:** prawidłowa nieprawidłowa

Parametr badany	Wynik
SARS-CoV-2	
Wirus grypy A	
Wirus grypy B	
RSV	

Podpis osoby wykonującej