

# ZLECENIE BADANIA ze zmian skórnych, przydatków i błon śluzowych

## UWAGA - ZLECENIE PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

### Dane pacjenta

Nazwisko: .....

Imię: .....

Data urodzenia: ..... PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania: ..... lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość .....

.....  
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

Data i godzina pobrania materiału: .....

Podpis osoby pobierającej materiał: .....

Podpis (i pieczęć) zleceniodawcy

**Posiew półilościowy** (bakterie i grzyby pleśniowe oraz drożdżopodobne, w tym rodzaju *Candida*)      rodzaj materiału.....

**Badanie mykologiczne zmian skórnych** (dermatofity, grzyby pleśniowe oraz drożdżopodobne, w tym rodzaju *Candida*)

**Badanie w kierunku nużeńca** (*Demodex folliculorum*)

### Forma płatności

- gotówka
- karta
- przelew

### Dokument sprzedaży

- faktura
- paragon

### Odbiór wyniku

- osobisty
- wersja elektroniczna/ podać adres e-mail: .....
- przez upoważnioną osobę (imię i nazwisko, numer dowodu osobistego): .....
- wersja elektroniczna dla lekarza, dietetyka/ podać adres e-mail: .....
- wysyłka pocztą - dodatkowo płatna

UWAGA: w celu wysyłki wyniku mailem wymagany uzupełniony numer PESEL.

### 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. & 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](mailto: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) 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 udział w tym badaniu.

**UWAGA: WYMAGANY PODPIS OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE. BRAK PODPISU BĘDZIE SKUTKOWAŁ NIEWYKONANIEM ZLECONYCH BADAŃ.**

.....  
Miejscowość/ data

.....  
Czytelny podpis

## ZGODA NA NEWSLETTER

Imię i nazwisko .....

Adres mail .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut Mikrobiologii Sp. z o.o. & Co. Sp. Komandytowa z siedzibą w Poznaniu, przy ul. Sielskiej 10, w celu korzystania z prowadzonej przez Instytut Mikrobiologii Sp. z o.o. & Co. Sp. Komandytowa usługi „Newsletter”.

Zapoznałem/zapoznałam się z pouczeniem dotyczącym prawa dostępu do treści moich danych i możliwości ich poprawiania. Jestem świadom/świadoma, iż moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co skutkować będzie usunięciem mojego adresu e-mail z listy dystrybucyjnej usługi „Newsletter”.

.....  
Miejscowość/ data

.....  
Czytelny podpis