

Zlecenie na badanie nr.....

kody próbek/20.....r.

do sprawozdania Nr/.....

UWAGA - DRUK NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Nazwisko i imię osoby badanej: telefon

Data urodzenia: PESEL/Nazwa i nr dokumentu tożsamości*: Płeć: M K

Adres zamieszkania:

Klient / Zleceniodawca:

dane do wystawienia rachunku za badanie

Objawy zakażenia przewodu pokarmowego (istotne dane kliniczne pacjenta):

Rodzaj materiału diagnostycznego / metoda badawcza:

Ilość próbek:

 kał do badań bakteriologicznych pobrany od osoby zdrowej

PB-01 wyd. 4/20.03.2013 r. „Badanie osób zdrowych w kierunku Salmonella/Shigella”

 kał/wymaz do badań bakteriologicznych pobrany od osoby: ¹ – chorej, - ozdrowieńca, - nosiciela,

PB-02 wyd. 4/01.04.2010 r. „Badanie osób chorych w kierunku Salmonella/Shigella”

 kał/wymaz do badań parazytologicznych

PB-04 wyd. 3/28.05.2012 r. „Badanie w kierunku pasożytów przewodu pokarmowego metodą koproskopową”

 kał

PB-05 wyd. 1/26.10.2010 r. „Badanie kału w kierunku rotawirusów i adenowirusów”

 kał/wymaz

PB-06 wyd. 1/25.11.2010 r. „Badanie kału w kierunku Enterobacteriaceae”

Data i godzina pobrania próbki:

Imię i Nazwisko pobierającego próbkę:

Orientacyjny czas trwania badania: Koszt badania w PLN:

Odbiór wyniku badania: osobiście, przez upoważnioną osobę:Płatność wg aktualnie obowiązującego cennika: gotówka w kasie PSSE przelew²

1. Klient/Zleceniodawca ma prawo złożenia pisemnej skargi w ciągu 7 dni od daty otrzymania sprawozdania.

2. Klient zgadza się na przetwarzanie swoich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji zlecenia zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

3. Klient/Zleceniodawca oświadcza, że zapoznał się z obowiązującym cennikiem badań.

4. Klient/Zleceniodawca oświadcza, że dane podane w zleceniu są prawdziwe.

5. Klient/Zleceniodawca oświadcza, że zapoznał się z instrukcjami użytkowymi Laboratorium dotyczącymi poboru i transportu próbek do badania.

6. W przypadku gdy uzyskane wyniki badania świadczyć mogą o nadzwyczajnym zagrożeniu środowiska, zdrowia lub życia ludzi, Laboratorium zobowiązane jest do powiadomienia właściwego organu państwowego.

7. Laboratorium zastrzega sobie prawo wykorzystania wyników badań do opracowań statystycznych bez ujawniania tożsamości Klienta.

8. Laboratorium zapewnia zachowanie poufności informacji dotyczących Klienta i uzyskanego wyniku badania i nie podaje częściowych wyników badań.

9. Zmiana treści zlecenia wymaga formy pisemnej.

Uzgodniam wykonanie badania wg metod badawczych przyjętych w Laboratorium.

Uwagi Klienta / Zleceniodawcy:

Data czytelny podpis Klienta /Zleceniodawcy

Uwagi Laboratorium:

przyjęcie próbki: akceptuję nie akceptuję

Data i godzina przyjęcia próbki: Podpis i pieczęć przyjmującego:

rezultat przeglądu zlecenia: pozytywny negatywny Podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej za przegląd zlecenia:Szare pola formularza wypełnia Laboratorium; właściwe zakreślić; ¹ właściwe podkreślić; ² nie dotyczy klientów indywidualnych;

* w przypadku braku numeru PESEL należy podać nazwę i numer dokumentu tożsamości