

Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna, 63-400 Ostrów Wielkopolski, Plac Rowińskiego 3, tel. (0 62) 737 89 24

ZLECENIE BADANIA

UWAGA - DRUK NALEŻY WYPELNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

| | | |
|--|--|---|
| Nazwa i adres Klienta/Zleceniodawcy: | | Nr zlecenia |
| | | |
| | | Nr próbki |
| Tel.: NIP: | | |
| DANE OSOBY BADANEJ: | | |
| Imię i nazwisko: | | Data urodzenia |
| | | Płeć: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K |
| PESEL/Nazwa i nr dokumentu tożsamości*: | | |
| Adres zamieszkania: | | |
| Objawy zakażenia przewodu pokarmowego /istotne dane kliniczne pacjenta/: | | |
| | | |
| Materiał diagnostyczny: <input type="checkbox"/> kał <input type="checkbox"/> wymaz z odbytu | | |
| CEL BADAŃ: | | |
| <input type="checkbox"/> na nosicielstwo /zdrowy/ | | |
| <input type="checkbox"/> badanie w kierunku schorzeń jelitowych /chory, ozdrowieniec, nosiciel/ | | |
| <input type="checkbox"/> badanie w kierunku pasożytów | | |
| Próbka dostarczona przez: <input type="checkbox"/> zleceniodawca <input type="checkbox"/> PSSE <input type="checkbox"/> osoba badana | | |
| Imię i Nazwisko pobierającego próbkę: | | |
| Data i godzina pobrania próbki: | | |
| Próbka nr 1: | | |
| Próbka nr 2: | | |
| Próbka nr 3: | | |
| Metody badawcze: | | |
| <input type="checkbox"/> PB-01 wyd. 4/20.03.2013 r. „Obecność pałeczek z rodzaju Salmonella i Shigella u osób zdrowych. Metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi” A** | | |
| <input type="checkbox"/> PB-02 wyd. 4/01.04.2010 r. „Obecność pałeczek z rodzaju Salmonella i Shigella u osób chorych, ozdrowieńców i nosicieli. Metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi” A** | | |
| <input type="checkbox"/> PB-04 wyd. 3/28.05.2012 r. „Badanie w kierunku pasożytów przewodu pokarmowego metodą koproskopową” | | |
| <input type="checkbox"/> PB-06 wyd. 2/09.09.2014 r. „Badanie kału w kierunku Enterobacteriaceae” | | |
| Odbiór wyniku badania: <input type="checkbox"/> osobiście <input type="checkbox"/> przez osobę upoważnioną: | | |
| Płatność wg aktualnie obowiązującego cennika: <input type="checkbox"/> gotówka w kasie PSSE <input type="checkbox"/> przelew*** | | |
| Osoba do kontaktu: Tel. | | |

Klienta/Zleceniodawca przyjmuję do wiadomości, że:

zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady /UE/ 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE /ogólne rozporządzenie o ochronie danych/:

1. Administratorem Danych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Ostrowie Wielkopolskim, 63-400 Ostrów Wielkopolski, Plac Stefana Rowińskiego 3, tel.: /62/ 737-89-00, fax.: /62/ 737-89-20, e-mail: sekretariat@psse-ostrow.pl, strona internetowa: www.psse-ostrow.pl;
2. Administrator Danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w PSSE Ostrowie Wielkopolskim, 63-400 Ostrów Wielkopolski, Plac Stefana Rowińskiego 3, tel.: /62/ 737-89-21;
3. Dane osobowe są gromadzone i przetwarzane w celu realizacji obowiązków Administratora Danych, w związku z załatwianą sprawą i są niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą przed zawarciem umowy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. C w/w rozporządzenia;
4. Dane zbierane są zgodnie z prawem, czyli zgodnie z:
 - Ustawą z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej /Dz. U. 2017 r., poz. 1261 z późn. zm./;
 - Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi /Dz. U. z 2018 r., poz.151/;
5. Dane zbierane są w sposób rzetelny i przejrzysty oraz adekwatny do tego, co niezbędne do celów, w których są przetwarzane;
6. Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym je na zlecenie Administratora Danych /np.: podmiotom serwisującym systemy informatyczne i aplikacje, w których przetwarzane są dane osobowe/, instytucjom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie obowiązującego prawa /np.: organom administracji, sądom/ oraz innym podmiotom, w zakresie, w jakim są one uprawnione do ich otrzymywania na podstawie przepisów prawa;
7. Dane osobowe będą usuwane w terminach wskazanych w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych lub innych przepisach prawa, regulujących czas przetwarzania danych, którym podlega Administrator Danych;
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym;
9. Klient /Zleceniodawca ma prawo złożenia pisemnej skargi w ciągu 7 dni od daty otrzymania sprawozdania z badania;
10. Klient/Zleceniodawca oświadcza, że zapoznał się z obowiązującym cennikiem badań;
11. Klient/Zleceniodawca oświadcza, że dane podane w zleceniu są prawdziwe;
12. Klient/Zleceniodawca oświadcza, że zapoznał się z instrukcjami użytkowymi Laboratorium dotyczącymi poboru i transportu próbek do badania;
13. W przypadku gdy uzyskane wyniki badania świadczyć mogą o nadzwyczajnym zagrożeniu środowiska, zdrowia lub życia ludzi, Laboratorium zobowiązane jest do powiadomienia właściwego organu państwowego;
14. Laboratorium zastrzega sobie prawo wykorzystania wyników badań do opracowań statystycznych bez ujawniania tożsamości Klienta;
15. Laboratorium zapewnia zachowanie poufności informacji dotyczących Klienta i uzyskanego wyniku badania i nie podaje częściowych wyników badań;
16. Zmiana treści zlecenia wymaga formy pisemnej.

Uzgadniam wykonanie badania wg metod badawczych przyjętych w Laboratorium.

Uwagi Klienta / Zleceniodawcy:

.....

Data czytelny podpis Klienta /Zleceniodawcy

Orientacyjny czas trwania badania: Koszt badania w PLN:

Uwagi Laboratorium:

.....

przyjęcie próbek: 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

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

** etap analityczny metod badawczych oznaczonych symbolem A objęty jest zakresem akredytacji PCA Nr AB 1161;

*** nie dotyczy klientów indywidualnych.