

ZLECENIE NR...../.....r. NA BADANIA W SEKCJI SCHORZEŃ JELITOWYCH

Nazwisko i imię osoby badanej:.....telefon.....

data urodzenia.....PESEL

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

 płeć: K, M.....

Adres zamieszkania: kod.....miejscowość.....ul.....

nr domu.....nr lokalu.....

Nazwisko i imię osoby pobierającej próbkę:

Klient/ Zleceniodawca:

dane do wystawienia rachunku za badanie

1. Zakres badań wykonywanych przez Laboratorium - tabela 1

Lp.	Kierunek badania	Identyfikator metody badawczej
1.	Badanie materiału klinicznego na obecność pałeczek Salmonella/Shigella	PB-01/OL-C Wyd. 02 z dn. 28.05.2009 Q
2.	Badanie kału osób chorych w kierunku tlenowej flory jelitowej	PB-01/OL-C Wyd. 02 z dn. 28.05.2009 Q PB-02/OL-C Wyd. 02 z dn. 07.08.2009
3.	Badanie kału w kierunku pasożytów jelitowych	PB-03/OL-C Wyd. 02 z dn. 28.05.2009 Q
4.	Badanie kału w kierunku bakterii z rodzaju Campylobacter	PB-06/OL-C Wyd. 02 z dn. 07.08.2009

2. Opis materiału i kierunek badania – tabela 2

Lp.	Rodzaj materiału	Data i godzina pobrania próbki	Stan próbki p-prawidłowy n-nieprawidłowy	Kod próbki	Oczekiwany kierunek badania (wpisać liczbę porządkową z tab.1) i klasyfikacja pacjenta	Data i godzina przyjęcia próbki

1. Klient ma prawo do złożenia skargi w trybie określonym procedurą.
2. Laboratorium zapewnia zachowanie poufności informacji dotyczących Klienta i uzyskanego wyniku badania.
3. W wyjątkowych przypadkach laboratorium może przesłać badanie do ośrodków referencyjnych w celu uszczegółowienia wyniku czy ostatecznej identyfikacji.
4. Laboratorium zastrzega sobie prawo wykorzystania wyników badań do opracowań statystycznych bez ujawniania tożsamości Klienta.
5. Orientacyjny koszt badania.....Zł.
6. Orientacyjny termin realizacji zlecenia.....

Należność zostanie uregulowana: gotówką z góry po zakończeniu badania
przelewem w terminie 21 dni od daty wystawienia rachunku

Sprawozdanie z badań zostanie przekazane klientowi po zapłaceniu rachunku : osobiście w PSSE
przesłane pocztą

W przypadku gdy klient nie odbierze osobiście sprawozdania należy podać dokładny adres przesyłania sprawozdania lub dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania:

Osoba dostarczająca próbkę.....Osoba przyjmująca próbkę

.....
data/podpis Klienta

.....
data/podpis osoby dokonującej przeglądu zlecenia

Szare pola formularza wypełnia Laboratorium
*niepotrzebne skreślić

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych dla osoby fizycznej składającej wniosek/zlecenie w punkcie przyjęcia prób

Ja niżej podpisany/a zgodnie z art. 7 pkt 5 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w przedstawionym przeze mnie wniosku/zleceniu, przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Koninie jako administratora danych w związku z realizacją wniosku/zlecenia.

Rozumiem, że przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych, prawo ich poprawiania oraz żądania ich usunięcia.

.....
Data i podpis