INSTYTUT MIKROEKOLOGII
ul. Sielska 10, 60-129 Poznań
tel.: 61 862 63 15, 61 862 76 04, 61 862 63 35
e-mail: biuro@instytut-mikroekologii.pl
www.instytut-mikroekologii.pl

ZLECENIE BADANIA SARS-CoV-2 metodą RT-PCR

UWAGA - ZLECENIE PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

NUMER BADANIA

Dane pacjenta

Nazwisko: .....

Imię: .....

Data urodzenia: ..... **PESEL** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość .....

Adres zamieszkania:

..... **Płeć: M** ☐ **K** ☐
ulica i numer domu/mieszkania

..... **Telefon**: .....
kod pocztowy i miejscowość

Nazwisko i adres opiekuna prawnego pacjentów nieletnich: .....

.....

Zlecam wykonanie badania

Rodzaj materiału: wymaz z nosa i gardła

Data i godzina pobrania materiału: .....

Podpis osoby pobierającej materiał.....

☐ **Badanie molekularne w kierunku RNA koronawirusa SARS-CoV-2**

Forma płatności

- ☐ gotówka
- ☐ karta
- ☐ przelew

Dokument sprzedaży

- ☐ faktura
- ☐ paragon

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):
  .....
- ☐ wersja elektroniczna dla lekarza, dietetyka/ podać adres e-mail:
  .....
- ☐ wysyłka pocztą - dodatkowo płatna

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 Mikroekologii 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. 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 Mikroekologii informuje, że ma Pani/Pan prawo do żądania od Instytut Mikroekologii dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. Instytut Mikroekologii 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