**Zlecający badanie\*\***: ~~pacjent indywidualny~~, pieczątka jednostki zlecającej

(adres, telefon, NIP, REGON)

KRS/EWD ……………….……………..……….

W przypadku SPÓŁKI CYWILNEJ: Imiona i nazwiska oraz adresy zamieszkania wspólników spółki i PESEL

……………………………………………………………………………………………………….……………………………..…….

**Dane pacjenta:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko\*: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | *rok* | | | | *miesiąc* | | *dzień* | |
| Imię\*: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Data urodzenia: | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |

Płeć: K/M \*\* PESEL\*\*\*:…………..………...………………….……..………….

Adres zamieszkania *(rzeczywiste miejsce pobytu)*: ……………………………………………………………..........……...……....…...……

………………………………………………………………..………………..…… Telefon kontaktowy: …………………...………..…….

Przyjmowane leki (antybiotyki, chemioterapeutyki, antywirusowe, antygrypowe, inne): ……………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………………………………………………………………………………………………………………………

*(w ciągu ostatnich 5 dni)*

**Dodatkowe dane:**

**W przypadku badań w kierunku nosicielstwa pałeczek *Salmonella, Shigella*/~~ogniska choroby przenoszonej drogą pokarmową/ schorzeń jelitowych~~**

Kategoria osoby badanej: *zdrowy / ~~chory / ozdrowieniec / nosiciel / osoba z otoczenia~~\*\**

Objawy (w przypadku osoby chorej): *~~gorączka / wymioty / wysypka / biegunka: wodnista, śluzowa, krwawa, inne~~\*\** ………………………...…..……………………………………..……………………………………………………………………..………

……………………………………………………………………..…….………..……………….… Data wystąpienia: ………………...…..

**Próbka** *[wypełnia osoba pobierająca]*:

Rodzaj: *kał*

Data i godzina pobrania: …………………………………….………………

Osoba pobierająca: osoba badana, inne\*\* ……………………………………

Temperatura przechowywania i transportu\*\* temp. chłodni, temp. pokojowa

**Data przyjęcia próbki** *[wypełnia przedstawiciel laboratorium WSSE w Gdańsku]*:…………………………...………………

Stan próbki przy przyjęciu: stan próbki odpowiedni do badań/ stan próbki nieodpowiedni do badań \*\**[wypełnia przedstawiciel laboratorium WSSE w Gdańsku]*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj badania (kierunek)** | **Cena brutto** | **Próbka** |
| *Salmonella, Shigella* | Nie dotyczy | Pierwsza\*\*  Druga\*\*  Trzecia\*\* |

**Metodyki stosowane w Laboratorium Diagnostyki Medycznej** *[wypełnia przedstawiciel laboratorium WSSE w Gdańsku]*:

PB\_13 Edycja 8 z dnia 2024-07-17.  
**Termin wykonania badania** *[wypełnia przedstawiciel laboratorium WSSE w Gdańsku]*:do 5 dni roboczych od dnia przyjęcia próbki do badania.

**Zleceniodawca zobowiązuje się do zapłaty za badanie:** *~~gotówką /kartą płatniczą/ przelewem~~***\*\***.

W przypadku przelewu nr rachunku bankowego WSSE wraz z terminem zapłaty zostanie wskazany na fakturze.

W przypadku nieterminowej zapłaty Wojewódzka Stacja Sanitarno–Epidemiologiczna w Gdańsku zastrzega sobie możliwość naliczenia odsetek ustawowych za opóźnienie lub w przypadku osób prawnych czy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, odsetek ustawowych za opóźnienie w transakcjach handlowych.

**Zleceniodawca upoważnia Zleceniobiorcę do wystawienia faktury bez podpisu.**

**Sposób odbioru sprawozdania z badania:** *osobiście,**~~przez osobę z placówki zlecającej badanie~~, w uzasadnionych przypadkach pocztą*\*\*.

Laboratorium zapewnia poufność wszelkich informacji uzyskanych lub wytworzonych podczas realizacji działalności laboratoryjnej, nie podaje częściowych wyników badań.

**W przypadku, gdyby uzyskane wyniki wskazywałyby na zagrożenie zdrowia publicznego, powiadomiony zostanie właściwy Państwowy Inspektor Sanitarny.**

Obowiązek informacyjny wynikający z ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) znajduje się na odwrocie Zlecenia Jednorazowego \*\*

Klient ma prawo do złożenia skargi.

Zleceniodawca zapoznał się z warunkami świadczenia usługi i z aktualną ofertą badań wykonywanych w Laboratorium, która jest dostępna w siedzibie Laboratorium lub na stronie internetowej www.gov.pl/wsse-gdansk/

Wyrażam zgodę na metody badań stosowane w laboratorium: TAK/ NIE\*\*

Uwagi:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

.......................................................... …….....................................................

podpis przedstawiciela laboratorium WSSE w Gdańsku podpis zleceniodawcy lub osoby upoważnionej

(osoby przyjmującej zlecenie) czytelnie imię i nazwisko, imienna pieczątka

potwierdzenie zapoznania się z instrukcją

pobierania i sposobu dostarczenia materiału

**Obowiązek informacyjny wynikający z ogólnego rozporządzenia**

**o ochronie danych osobowych (RODO)**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych z dnia   
27 kwietnia 2016 r.) informuje się, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Gdańsku (80-211 Gdańsk, ul. Dębinki 4, tel. 58 344 73 00) jest Pomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny będący jednocześnie Dyrektorem Stacji;

2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych - e-mail: [iod.wsse.gdansk@sanepid.gov.pl](mailto:iod.wsse.gdansk@sanepid.gov.pl);

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b oraz art. 9 ust. 2 lit. h w przypadku badań zawierających dane medyczne ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w celu realizacji badania laboratoryjnego;

4. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom, ale w przypadku, gdyby uzyskane wyniki wskazywałyby na zagrożenie zdrowia publicznego, odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;

5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa;

6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;

7. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia   
27 kwietnia 2016 r.;

8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji badania laboratoryjnego;

9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób umożliwiający zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym również w formie profilowania.