

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO – SARS-CoV-2 RNA

do Zakładu Analityki i Biochemii Klinicznej
Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
Państwowego Instytutu Badawczego Oddziału w Gliwicach

ZLECENIE NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNI Drukowanymi literami

Gliwice, dnia

Nazwisko i imię:

PESEL:

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

 *

* lub nr innego dokumentu potwierdzającego tożsamość:

ulicanr kod / miejscowość

tel. komórkowy:

adres e-mail, na który będzie wysłany wynik badania:

Dane do faktury (jeśli wymagana):

Nazwisko i imię:

Nazwa firmy:

ulicanr kod / miejscowość

NIP:

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

Proszę o wydanie wyniku w języku angielskim

Wynik w języku angielskim może zawierać nr dowodu osobistego lub paszportu (jeśli podano na zleceniu)

Oświadczenie

Ja niżej podpisany, oświadczam:

Zostałem (-a) poinformowany (-a), że:

Administratorem danych osobowych jest Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej - Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach, 44 – 102 Gliwice, ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15.

Dane kontaktowe Inspektora ochrony danych: Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach, 44 – 102 Gliwice ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15, tel: (32) 2789185.

Dane pacjentów przetwarzane będą w celu ochrony zdrowia, świadczenia usług medycznych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Podanie danych jest obowiązkowe zgodnie z w/w przepisami.

Dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż uprawnione na mocy przepisów prawa.

Dokumentacja medyczna będzie przechowywana przez okres zdefiniowany w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Podającemu przysługuje prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawiania, z wyjątkiem poprawiania danych medycznych.

Jeśli przetwarzanie danych odbywa się na podstawie wyrażonej przez osobę zgody, ma ona prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz cofnięcia zgody.

W przypadku naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych przysługuje mi prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....
podpis pacjenta

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych w celu poinformowania mnie za pośrednictwem telefonii stacjonarnej/komórkowej, poczty tradycyjnej/ elektronicznej o wyniku badania.

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z RODO zostałem/am poinformowany/a o celu zbierania danych, dobrowolności ich podania, prawie dostępu, sprostowania danych, usunięcia, ograniczenia przetwarzania i prawie do przenoszenia danych, oraz o tym, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom

.....
podpis pacjenta

Wypełnia laboratorium:

Rodzaj pobranego materiału:

- wymaz z gardła i nosa - wymaz z nosogardzieli

.....
data i godz. pobrania materiału do badań

.....
czytelny podpis osoby pobierającej

.....
data i godz. przyjęcia materiału do laboratorium
podpis osoby przyjmującej