

Data:

SKIEROWANIE NA BADANIE SEROLOGICZNE PRZECIWI WIRUSOWI SARS-COV2

Proszę wypełnić drukowanymi literami

Nazwisko :

Imię:

PESEL*:

Data urodzenia:

Płeć: M K

Rodzaj materiału do badania:

krew obwodowa

.....

Pacjent (lub opiekun prawny pacjenta) wyraża zgodę na wykonanie badania: TAK NIE

Czy chorował PANI/PAN na COVID-19?

TAK

NIE

Data zachorowania:.....

Czy choroba miała:

objawy:.....

charakter bezobjawowy.

Data I szczepienia:.....

Data II szczepienia:..... **Nazwa szczepionki:**.....

Choroby współistniejące:.....

Jednostka upoważniona do odbioru sprawozdania z badania: Interdyscyplinarne Centrum Nowoczesnych Technologii UMK w Toruniu Ul. Wileńska 4	Podpis i pieczęć lekarza zlecającego badanie:
Data i godzina pobrania materiału:	Podpis i pieczęć osoby pobierającej materiał:
Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium:	Podpis osoby przyjmującej materiał do laboratorium:

* Jeśli osoba nie posiada nr PESEL - nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 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; dalej RODO) zostałem/-am poinformowany/-a, że:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Pracownia Genetyki Nowotworów Sp. z o.o. w Toruniu, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 73.
2. Administrator Danych Osobowych umożliwi kontakt za pomocą e-maila: pracownia@genetykatorun.pl, za pomocą telefonu: 502 373 487 lub 516 196 293, drogą pocztową: ul. Marii Skłodowskiej-Curie 73, 87-100 Toruń
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie art. 9 ust.2 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres określony w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 1318 z późn. zm.).
6. Posiada Pani/Pan prawo do dostępu do swoich danych osobowych lub ich sprostowania.
7. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe na mocy przepisu prawa.

.....
(Data i czytelny podpis pacjenta)

DEKLAROWANY SPOSÓB ODBIORU WYNIKU BADAŃ

odbiór w NZOZ Pracowni Genetyki Nowotworów Sp. z o.o.

e-mail:

.....
(Data i czytelny podpis pacjenta)

POTWIERDZENIE ODBIORU WYNIKU BADAŃ

Wynik odebrałam/-em

(Data i czytelny podpis pacjenta)