

Zlecenie na badanie z zakresu biologii molekularnej w mikrobiologii
Diagnostyka molekularna chorób odkleszczowych

Imię i nazwisko pacjenta (CZYTELNIE) Tel. kontaktowy:	PESEL -----	Nr badania (wypełnia MEDGEN)
Miejsce zamieszkania / oddział szpitalny	Data urodzenia	Płeć K M
Rodzaj materiału	Data i godz. pobrania materiału	Data zlecenia
Odbiór wyniku <input type="checkbox"/> Osobisty <input type="checkbox"/> Zleceniodawca <input type="checkbox"/> Poczta <input type="checkbox"/> Osoba upow. <input type="checkbox"/> e-mail:..... Adres zleceniodawcy lub dane osoby upow.:	Imię i nazwisko osoby pobierającej	
Wskazania do wykonania badania oraz istotne dane kliniczne / obecna antybiotykoterapia:		
Data i godz. przyjęcia materiału (wypełnia MEDGEN)	Podpis osoby przyjmującej (wypełnia MEDGEN)	

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych mojego Dziecka przez CM MedGen z siedzibą w Warszawie, (dalej zwanym: „Administratorem”), w celu wykonania badań genetycznych. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do wykonania badań genetycznych. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda. Odbiorcami danych jest Administrator. Mam prawo wycofania zgody w dowolnym momencie. Dane osobowe będą przetwarzane do odwołania zgody, a po takim odwołaniu, przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących administratorowi danych i w stosunku do niego. Mam prawo żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Wyrażam zgodę na wysłanie faktury drogą elektroniczną na wskazany przeze mnie adres e-mail.

Miejscowość.....

Data.....

Podpis.....

Diagnostyka molekularna chorób odkleszczowych

<input type="checkbox"/>	<i>Borrelia burgdorferi sensu lato</i> (<i>B. burgdorferi sensu stricto</i> , <i>B. garinii</i> , <i>B. afzelii</i> , <i>B. andersonii</i> , <i>B. bissettii</i> , <i>B. valaisiana</i> , <i>B. lusitaniae</i> , <i>B. japonica</i> , <i>B. tanukii</i> , <i>B. turdi</i> , <i>B. sinica</i> , <i>B. miyamotoi</i> , <i>B. mayonii</i> , <i>B. spielmanii</i> , <i>B. bavariensis</i> , <i>B. kurtenbachii</i>)
<input type="checkbox"/>	Badanie rozszerzone Panel zakażeń odkleszczowych - <i>Borrelia burgdorferi sensu lato</i> (<i>B. burgdorferi sensu stricto</i> , <i>B. afzelii</i> , <i>B. garinii</i>), wirus KZM, <i>Anaplasma phagocytophilum</i>, <i>Ehrlichia chaffeensis</i> oraz <i>E. muris</i>

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09/11/2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 nr 2069).

UPOWAŻNIENIE

Ja,, o numerze PESEL:.....,
imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego

Upoważniam do dostępu do informacji o stanie zdrowia:

Panią/Pana
imię i nazwisko
zamieszkałą/ego.....,
tel. kontaktowy.....
.....
imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego, data

Upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych:

Panią/Pana
imię i nazwisko
zamieszkałą/ego.....
tel. kontaktowy.....
.....
imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego, data

Nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do informacji o stanie zdrowia oraz do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych.

.....
imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego, data

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09/11/2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 nr 2069).