

Zlecenie badania serologicznego

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;"><i>Miejsce na wklejenie kodu badania</i></div> Imię i nazwisko pacjenta (CZYTELNIE) tel. kontaktowy:.....	PESEL -----	Nr badania (wypełnia MEDGEN)		
Miejsce zamieszkania / oddział szpitalny	Data urodzenia	Płeć <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black;">K</td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black;">M</td> </tr> </table>	K	M
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 upoważniona <input type="checkbox"/> e-mail:..... Adres zleceniodawcy lub dane osoby upoważnionej	Pieczętka (nazwa i adres) i podpis zleceniodawcy			
Wskazania do wykonania badania oraz istotne dane kliniczne: 				
Data i godz. przyjęcia materiału (wypełnia MEDGEN)	Podpis osoby przyjmującej (wypełnia MEDGEN)			

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 serologicznych. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do wykonania badań. 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.

Miejscowość.....

Data.....

Podpis.....

UPOWAŻNIENIE

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

Upoważniam do dostępu do informacji o stanie zdrowia:

Panią/Pana

zamieszkałą/ego....., tel. kontaktowy.....

Upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych: *imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego, data*

Panią/Pana

zamieszkałą/ego....., tel. kontaktowy.....

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*

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

Zlecenie badania serologicznego

Diagnostyka serologiczna

- IgM przeciwko SARS-CoV-2 (COVID-19)
- IgG przeciwko SARS-CoV-2 (COVID-19)
- IgM i IgG przeciwko SARS-CoV-2 (COVID-19)

1. Czy w ostatnim czasie miałeś/łaś kontakt z osobą, u której stwierdzono lub podejrzewa się zakażenie SARS-CoV-2?

- TAK
- NIE

2. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywałeś/łaś za granicą Polski? Zaznacz właściwe.

- TAK
- NIE

Podaj miejsce pobytu

3. Czy aktualnie lub w ciągu ostatnich 2 tygodni występowały u Ciebie któreś z objawów? Zaznacz właściwe i określ kiedy występowały objawy.

- kaszel
- ból gardła
- gorączka
- duszności
- biegunka/wymioty

Liczba zleconych badań:

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).