

FORMULARZ ZLECENIA BADANIA



NZOZ Laboratorium Diagnostyki
Molekularnej genXone SA
ul. Kobaltowa 6, 62-002 Złotniki
tel. +48 888 602 308, +48 784 937 234
e-mail: office@genxone.eu

ZaŁ. 2G do P.14

Miejsce na kod
kreskowy

KOD PRÓBK

DANE PACJENTA (PATIENT'S PERSONAL DATA)		JEDNOSTKA ZLECAJĄCA (wypełnia lekarz - jeśli dotyczy)	
Imię (First name)		Jednostka zlecająca	data podpis osoby upoważnionej
Nazwisko (Last name)			
Adres zamieszkania (Address)	 kod pocztowy miejscowość (postal code) (city)		
PESEL (ID)		Imię i nazwisko lekarza kierującego	
Płeć (Sex)	☐ kobieta (female) ☐ mężczyzna (male)		
Data urodzenia (Date of birth)	D D M M R R R R	Rozpoznanie	
Telefon kontaktowy (Phone number)		Telefon kontaktowy	
e-mail		e-mail	
MATERIAŁ DO BADANIA (proszę zaznaczyć jeden)		PRZYJĘCIE MATERIAŁU DO LABORATORIUM	
Rodzaj materiału	☐ wymaz z górnych dróg oddechowych	Imię i nazwisko przyjmującego	
Data pobrania	D D M M R R R R	Data przyjęcia	
Godzina pobrania		Godzina przyjęcia	
Imię i nazwisko pobierającego		Uwagi	
ZLECONE BADANIA			
☐ Badanie jakościowe wykrywania swoistego antygenu SARS CoV-2		Wykrywanie antygeny N SARS CoV-2	
WYBÓR JĘZYKA WYNIKU (zgodny z zamówieniem)			
☐ Wynik w języku polskim (Result in Polish) ☐ Wynik w języku angielskim (Result in English)			
UWAGI			

Deklaracja świadomej zgody na wykonanie badania

Wyrażenie zgody jest konieczne do przeprowadzenia badań diagnostycznych.

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie/od mojego dziecka (niepotrzebne skreślić) materiału w celu wykonania badania diagnostycznego.

Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego, w sytuacjach, gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium (słaba jakość lub niewystarczająca ilość materiału, obecność inhibitorów reakcji amplifikacji).

Jednocześnie, stosownie do art. 9 ust. 2 pkt a) 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) („RODO”) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych z zakresu wynikającym ze zleconych badań oraz z celach do nich przypisanych, przez genXone Spółka Akcyjna z siedzibą w Złotnikach przy ul. Kobaltowej 6 (62-002 Złotniki).

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO informujemy, że:

- Administratorem danych osobowych Pacjenta jest genXone S.A. z siedzibą w Złotnikach, ul. Kobaltowa 6, 62-002 Złotniki (dalej także „genXone” lub „Administrator” lub „Spółka”). Dane kontaktowe: telefon: +48 888 602 308; e-mail: office@genxone.eu.
Dane kontaktowe do inspektora ochrony danych: rodo@gx1.pl

Wypełnienie formularza zlecenia jest niezbędne do wykonania badania.

Wyniki dostępne będą na stronie wyniki.genxone.eu w ciągu 3 godzin od momentu dostarczenia próbki do laboratorium.

- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych, w tym w szczególności w zakresie diagnozy medycznej, ochrony zdrowia, zarządzanie udzielaniem usług medycznych, prowadzeniem dokumentacji medycznej, rozliczanie wykonanych usług medycznych przy zapewnieniu należytego bezpieczeństwa systemu teleinformatycznego, w którym dane te są przetwarzane, na podstawie:
- na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO;
 - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
 - na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO.
- 3) Państwa dane osobowe mogą być udostępniane upoważnionym osobom do przetwarzania danych osobowych w ramach wykonywanych obowiązków, w szczególności wynikających z ich powierzenia do wykonania przez Administratora, a także, gdy będą tego wymagały przepisy prawa, w tym również na żądanie organów publicznych lub w razie dochodzenia praw przed sądem. Nadto Państwa dane mogą być przekazywane na podstawie przepisów prawa podmiotom uprawnionym na mocy powierzenia przetwarzania danych osobowych. Okres przechowywania Pana/Pani danych osobowych wynika z przepisów prawa na podstawie których dane przetwarzamy, okres przechowywania może wynosić od 5 do 30 lat w oparciu o przepisy prawa. W przypadku dokumentacji medycznej, standardowo dane będą przechowywane przez okres 20 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym zostało Pani/Panu udzielone świadczenie zdrowotne. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do danych oraz prawo żądania ich sprostowania, (gdy są niezgodne ze stanem rzeczywistym), usunięcia, ograniczenia przetwarzania (w przypadkach przewidzianych prawem). W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pana/Pani danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Państwu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda przysługuje Pana/Pani uprawnienie do jej wycofania. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. W zakresie w jakim dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody – przysługuje Panu/Pani również uprawnienie do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Administrator informuje również, że przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 4) Podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisów prawa, natomiast w pozostałym zakresie dobrowolne, jednakże są one niezbędne do prawidłowego wykonania świadczonych usług. W celu uniknięcia wątpliwości Administrator wskazuje, że wyrażenie zgody w celach marketingowych i handlowych, o których mowa w punkcie 7 - 9, jest w pełni dobrowolne i nie pociąga za sobą skutku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym.
- 5) Nie będzie Pani/Pan podlegała decyzjom podejmowanym w sposób zautomatyzowany (bez udziału człowieka). Pani/Pana dane osobowe nie będą również wykorzystywane do profilowania.

Dodatkowo, nieobligatoryjnie (zaznaczyć w odpowiednim miejscu w przypadku zgody):

- 6) Wyrażam zgodę na:
- ☐ anonimowe wykorzystanie materiału genetycznego do badań naukowych, wpływających na poszerzenie wiedzy z zakresu zakażeń mikrobiologicznych lub chorób dziedzicznych;
 - ☐ wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów badawczych.

.....
Data (Date)

.....
Podpis Pacjenta (Patient's Signature)