

ZLECENIE nr ...../..... w NIZP - PZH  
symbol laboratorium

**Klient:**

**A. Zleceniodawca:** .....

Adres: ul..... nr domu.....

kod..... miejscowość .....

Oddział:..... REGON/NIP\*.....

**B. Dane Pacjenta \*\*\***

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Data urodzenia..... płeć\* K M

PESEL

Adres zamieszkania: ul..... nr domu..... nr lokalu.....

kod..... miejscowość..... nr telefonu.....

Dane lekarza zlecającego badanie..... nr telefonu.....

Dane osoby pobierającej materiał do badania.....

1. Wskazanie do wykonania badania (istotne kliniczne dane pacjenta).....

2. Opis materiału i zakres badania:

Lp.	Rodzaj materiału	Data i godzina pobrania próbki	Uwagi	Oczekiwany kierunek badania w NIZP - PZH	Data i godzina przyjęcia próbki (wypełnia PPM w NIZP - PZH)

3. Termin realizacji ..... Tryb wykonania badania: cito / zwykły\*

4. Dodatkowa dokumentacja: skierowanie od lekarza, inne\*.....

5. Próbki po badaniu do dyspozycji Laboratorium tak / nie\*

6. Przekazanie sprawozdania z badań: faksem\*\* / pocztą / odbiór osobisty\*

7. Miejsce przesłania wyniku: instytucja / pacjent / inne\*.....

8. Koszt realizacji zlecenia:.....

9. Klient ma prawo uczestniczyć w badaniu jako obserwator z uwzględnieniem ograniczeń wynikających z przepisów o hermetyzacji laboratorium Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 29 listopada 2002 r. w sprawie listy organizmów patogennych oraz ich klasyfikacji, a także środków niezbędnych dla poszczególnych stopni hermetyczności (Dz. U..212.1798 z 16 grudnia 2002r.).

10. Klient ma prawo do złożenia skargi w ciągu 14 dni od daty otrzymania sprawozdania.

11. Klient wyraża /nie wyraża\* zgody na wykorzystanie wyników do celów opracowań syntetycznych.

12. Zmiana treści zlecenia wymaga formy pisemnej.

13. Klient zgadza się na przetwarzanie swoich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji zlecenia zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101, poz. 926).

.....

.....

Klient - data/podpis

Główny Księgowy - data/podpis (dla Klientów instytucjonalnych)

.....	..... Rezultat przeglądu (wypełnia laboratorium w NIZP - PZH)
Osoba przyjmująca zlecenie data/podpis (wypełnia PPM w NIZP - PZH)	Osoba dokonująca przeglądu zlecenia data/podpis (wypełnia NIZP - PZH) pozytywny / negatywny *

Szare pola formularza są wypełniane w NIZP - PZH

\*niepotrzebne skreślić

\*\*Wyniki badań mogą być wysłane na wskazany nr faksu po każdorazowym nadesłaniu imiennego zobowiązania do ochrony przetwarzanych informacji

\*\*\* Zgodnie z Ustawą z dnia 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. Nr 234, poz. 1570) i Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2009 zmieniającym rozporządzenie w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych( Dz.U. Nr 22, poz.128).