

.....
(pieczęćka jednostki POZ)

**ZGŁOSZENIE ZASADNOŚCI ZLECENIA TESTU W KIERUNKU SARS-CoV-2
PACJENTOM NIESAMODZIELNYM SPEŁNIAJĄCYM KRYTERIA KWALIFIKACJI**

WYPEŁNIA ZGŁASZAJĄCY

Data zgłoszenia:

Zleceniodawca

1. Nazwa:
2. Adres:
3. Telefon kontaktowy:
4. Zwrotny adres e-mail do przesłania informacji o wyniku badania:
5. Imię i nazwisko lekarza zgłaszającego:

Dane pacjenta

1. Imię i nazwisko:
2. Data urodzenia:
3. PESEL lub numer dokumentu tożsamości (np. paszportu):
4. Adres zamieszkania lub pobytu:
5. Nr telefonu kontaktowego:

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016r.) potwierdzam, że przed złożeniem powyższego zgłoszenia zostałem(-am) poinformowany(-a), że:

1. Administratorem danych, które podałem(-am) w ww. zgłoszeniu staje się Lubuski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Gorzowie Wlkp. przy ul. Kazimierza Jagiellończyka 8b, 66-400 Gorzów Wlkp. (kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod@wsse.gorzow.pl).
2. Przekazane dane osobowe mogą być udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym przez przepisy prawa.

.....
(pieczęćka i podpis lekarza zgłaszającego)

WYPEŁNIA POBIERAJĄCY WYMAZ

1. Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał do badania:
2. Data i godzina pobrania materiału:

UWAGA:

1. Zgłoszenie dotyczy pacjentów niesamodzielnych z objawami kwalifikującymi do zlecenia badania w kierunku SARS-CoV-2
2. Zgłoszenie (najlepiej w formie pliku w formacie pdf) należy przesłać drogą elektroniczną na adres zleceniapoz@wsse.gorzow.pl
3. W celu minimalizacji możliwości pomyłek informacje umieszczone w zgłoszeniu winny być wpisane komputerowo, czytelne, z pieczęćkami jednostki POZ oraz pieczęćką i podpisem lekarza zgłaszającego.
4. Zgłoszenia nieczytelne lub zawierające niepełne lub budzące wątpliwości dane będą przesyłane zwrotnie do poprawy.