



Laboratorium INNGEN
20-143 Lublin ul. Magnoliowa 2
KRS 0000849302, REGON: 386250077, NIP: 946269770
Tel. 81 859 58 02

Wypełnia Laboratorium

Numer zlecenia:

Data i godzina przyjęcia materiału:

Kod kreskowy:

Formularz zlecenia badań

Imię i nazwisko pacjenta:

Dane placówki zlecającej

Numer PESEL:

Data urodzenia:

Pieczętka firmowa:

Adres zamieszkania:

ulica: _____ nr domu/mieszkania _____

kod pocztowy: _____ miejscowość: _____

E-mail:

Telefon:

Pieczętka i podpis osoby upoważnionej/
lekarza:

kobieta: mężczyzna:

Seria i numer
dokumentu: _____

Rodzaj materiału(zaznaczyć odpowiednie pole):

Data i godzina pobrania:

Imię i nazwisko osoby pobierającej:

wymaz z gardła i nosa wymaz z nosogardzieli

Wypełnienie powyższych pól jest warunkiem koniecznym do przyjęcia zlecenia zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21.01.2009 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U.2009 r. Nr 22, poz.128 ze zm.)

Test genetyczny na obecność koronawirusa SARS-CoV-2 - jakościowo Real Time PCR

Test Antygenowy **Test na przeciwciała IgG/ IgM jakościowo**

Test przeciwciała IgG ilościowo

Deklaracja świadomej zgody na wykonanie badań molekularnych: Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie/od mojego dziecka* materiału (krwi/wymazu/wycinkatkanki**) w celu izolacji kwasów nukleinowych i wykonania molekularnych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w DNA lub identyfikację DNA mikroorganizmów chorobotwórczych w związku z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby. **Uwaga! Wyrażenie zgody jest konieczne do przeprowadzenia badań diagnostycznych!**

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).

Zgodnie z art.13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) laboratorium informuje, iż:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest INNGEN S.A. 20-143Lublin ul. Magnoliowa 2
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz umowy współpracy z Administratorem Danych Osobowych,
- Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 20 lat z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych przepisami prawa, o czym spółka informuje w odrębnym komunikacie na swoje stronie internetowej .
- posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
- podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016):

wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych.

Wyrażam zgodę na przekazanie wyniku testu drogą SMS na numer _____ pocztą elektroniczną na adres: _____

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z REGULAMIN ŚWIADCZENIA USŁUGI przez INNGEN SPÓŁKA AKCYJNA w zakresie „ELEKTRONICZNE POWIADOMIENIE O WYNIKACH BADAŃ”

. ** niepotrzebne skreślić

Paragon Faktura

Data i podpis pacjenta/zleceniodawcy

Wynik w języku:

angielskim niemieckim francuskim
 ukraińskim włoskim hiszpańskim