**ZLECENIE NA BADANIE MATERIAŁU BIOLOGICZNEGO**

# **nr…………………………………................................................… data ..............................................**

# 

**Zleceniodawca:** .……………………………………………………………………………………………..……………………….

(podać dane jednostki zlecającej badanie w tym: Oddział szpitalny / adres miejsca przesłania wyniku badania / numer telefonu/ nr NIP)

………………………………………………………………………………………………………………………….................................

**Zleceniobiorca:** Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie, 31-202 Kraków, ul. Prądnicka 76

NIP: 677-10-27-767, Regon: 000297394

|  |  |
| --- | --- |
|  | Oddział Laboratoryjny Mikrobiologii Klinicznej, ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków |
|  | Oddział Laboratoryjny w Tarnowie, ul. Mościckiego 10, 33-100 Tarnów |

**Cel badania:**

**Zlecam wykonanie badania w kierunku:**………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………......................

**według metodyki badawczej zawartej w „Wykazie metodyk badawczych stosowanych do badań materiału biologicznego” dostępnym w Punktach Przyjmowania Próbek oraz na stronie internetowej wsse.krakow.pl.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane badanego (proszę wypełnić drukowanymi literami)** telefon kontaktowy …………………………………………………   |  | | --- | | **Imię i nazwisko:**….…………………………….……….…..……………………………………………………………..…………...  **Data urodzenia**:……………………………… **Płeć\***: K M **PESEL:**  Numer identyfikacyjny pacjenta (paszport dla obcokrajowca lub inny dokument tożsamości podawany w przypadku braku numeru PESEL) ……….…………………………………………………………………………………………………………………………  **Miejsce zamieszkania**: kod ………………………..…. Miejscowość ……………………………………………………………….. |   Ulica …………………………………………………………………….…. Nr domu ……………… Nr mieszkania……… …….…  **Rozpoznanie/ istotne dane kliniczne badanego: zdrowego / chorego / ozdrowieńca / osoby ze styczności / nosiciela** (*właściwe podkreślić)*  *W szczególności podać informacje o występujących czynnikach ryzyka zakażenia, wcześniejszej antybiotykoterapii, hospitalizacji, chorobach towarzyszących, zabiegach chirurgicznych itp.*  *……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*  *……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..* |

\* zaznaczyć właściwe

**Rodzaj materiału1) :** …..………………………. **Data/ godzina pobrania materiału :** ................................................................

**Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał:** …………………………………………….............................................................

**Cena za badanie wynosi…………..zł.**

**Płatność (*zaznaczyć właściwe*):**

1. **Osoba fizyczna i instytucja- Płatne przelewemna rachunek bankowy WSSE w Krakowie**   
   **Nr konta:** 85101012700037082231000000 **Z próbkami do badań proszę dostarczyć dowód przelewu.**
2. **Instytucja posiadająca umowę z WSSE w Krakowie - Płatne przelewemna rachunek bankowy WSSE w Krakowie**   
   **Nr konta:** 85101012700037082231000000 na podstawie wystawionej faktury VAT, w terminie określonym w umowie.

**Faktura VAT** *(zaznaczyć właściwe)* **- TAK NIE**

**Dane do faktury VAT (pełna nazwa firmy, adres, NIP)** *(wypełnić tylko wtedy gdy adres inny niż podany wyżej adres Zleceniodawcy)*

………………………………………………………………………………………………………………………….................................

…………………………………………………………………………………………………………………………................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Zleceniodawca został poinformowany przez Zleceniobiorcę, że:**   1. Laboratorium ma obowiązek zgłaszania dodatnich wyników w kierunku określonych biologicznych czynników chorobotwórczych do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, właściwego dla miejsca zamieszkania Zleceniodawcy, a w razie konieczności potwierdzenia tego wyniku ma obowiązek wysłania próbki do laboratorium referencyjnego. 2. Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność TYLKO za etap analityczny badania. 3. Przetwarzanie danych przez Państwową Inspekcję Sanitarną dla celów sanitarno-epidemiologicznych będzie zgodnie z przepisami Ustawy o ochronie danych osobowych. 4. Ma prawo do złożenia skargi do Dyrektora WSSE w Krakowie ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków 5. Termin realizacji zlecenia wynika z zastosowanej metodyki badawczej i został uzgodniony przez Strony. | | Zleceniodawca oświadcza, że:   1. Zapoznał się z metodami badań stosowanymi przez Zleceniobiorcę oraz z ceną za badania i nie wnosi w tym zakresie zastrzeżeń 2. Zapoznał się z wytycznymi i bierze pełną odpowiedzialność za sposób pobrania, przechowywania i transportu próbek do badań 3. Zapoznał się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych, która stanowi załącznik do przedmiotowego zlecenia 4. Podane dane są zgodne z prawdą | |

…………………………………………….………………………….

podpis / pieczęć Zleceniodawcy lub osoby działającej w jego imieniu **2)**

1) W przypadku szczepu podać z jakiego materiału biologicznego został wyhodowany

2) W przypadku zlecania badania przez jednostkę służby zdrowia nieposiadającą umowy z WSSE umieścić pieczęć i podpis lekarza zlecającego wraz z numerem kontaktowym. Zlecenie MUSI być również opatrzone pieczęcią i podpisem osoby posiadającej upoważnienie do zaciągania zobowiązania finansowego w imieniu Zleceniodawcy.

|  |
| --- |
|  |

**Część zlecenia wypełniana przez pracownika WSSE/PSSE**

**Ocena próbki:** ……………… *(****P*** *– próbka odpowiednia do wykonania badania,* ***N*** *– próbka nieodpowiednia do wykonania badania )*

**Data i godzina przyjęcia próbki jest wpisana do elektronicznego systemu Rejestr Badań (RB)**

**Kod próbki:** ………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………….……

**Próbkę przyjął**

………………………………………………….……

**Przegląd zlecenia wykonał**

**( Potwierdzenie przyjęcia do WSSE)**

Dodatkowe uzgodnienia z Klientem w trakcie realizacji zlecenia (jeżeli zasadne):

………………………………………………….……

**Data/ Potwierdzenie odbioru sprawozdania z badań**

**(dotyczy tylko odbioru w Krakowie, przy ul. Prądnickiej 76)**