

FORMULARZ ZLECENIA BADANIA KLESZCZA

Data otrzymania kleszcza

Nr zlecenia

Kod zlecenia

DANE PACJENTA

Prosimy o czytelne wypełnienie drukowanymi literami.

IMIĘ: _____

NAZWISKO: _____

PESEL: _____

DATA URODZENIA: / /

KOBIETA MĘŻCZYŻNA

ADRES ZAMIESZKANIA

ULICA: _____ NR: _____

KOD POCZT.: _____ MIEJSCOWOŚĆ: _____

DANE KONTAKTOWE

TEL.: _____

E-MAIL: _____

Wypełnienie powyższych pól jest warunkiem koniecznym do przyjęcia zlecenia badania.

MATERIAŁ DO BADAŃ

Data znalezienia

KLESZCZ

WYBÓR WERSJI JĘZYKOWEJ WYNIKU

W przypadku niewybrania żadnej opcji, wynik zostanie wydany w j. polskim.

Język polski | lub | Język angielski

ZLECANE BADANIE

Badanie kleszcza na obecność krętków Borrelia burgdorferi - met. IIF

SPOSÓB ODBIORU WYNIKU BADANIA

Proszę zaznaczyć jedno właściwe pole.

- e-Wyniki
Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z regulaminem korzystania z serwisu do odbierania wyników e-Wyniki zamieszczonym na stronie wielkoszyński.pl.
- osobiście w CM Wielkoszyński
- przez osobę upoważnioną (wymagane wydanie upoważnienia na druku dostępnym na wielkoszyński.pl)
- list polecony priorytetowy (wymagane wniesienie dodatkowej opłaty w wysokości określonej w regulaminie CM Wielkoszyński)
- kurier (wymagane wniesienie dodatkowej opłaty w wysokości określonej w regulaminie CM Wielkoszyński)

Miejsce przesłania wyniku (wypełnić, gdy adres jest inny niż adres zamieszkania):

INFORMACJA DLA PACJENTA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Działając jako Administrator Pani/Pana danych osobowych, zgodnie z art. 13 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 (dalej RODO) oraz ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 roku (Dz. U. z 2018r poz.1000) prosimy o zapoznanie się z informacją, niezbędną w przypadku zbierania Pani/Pana danych osobowych.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej Tomasz Wielkoszyński i Marcin Furmański sp. j. z siedzibą w Dąbrowie Górniczej (41-300) przy Alei Józefa Piłsudskiego 10 (NIP 629-247-77-45). Zgodnie z zapisami art.37 RODO wyznaczaliśmy Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się telefonicznie pod numerem +48 730 300 665, pod adresem e-mail: IOD@wielkoszynski.pl lub przesyłając korespondencję na adres Centrum z dopiskiem „IOD”.

Pani/Pana dane przetwarzane będą:

- w celu świadczenia usług diagnostyki medycznej na podstawie art.9 ust.2 lit. h) RODO (przetwarzanie jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, a także do diagnozy medycznej),
- na podstawie art.6 ust.1 lit. b) RODO w celu wykonania umowy o realizację badań medycznych,
- na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w celu wypełnienia obowiązków prawnych nałożonych na podmiot leczniczy (tj. Administratora),
- w celu realizacji przez Administratora zadań w interesie publicznym w dziedzinie zdrowia publicznego jako podmiot leczniczy – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO,
- w celu dochodzenia roszczeń i obrony przed roszczeniami, w szczególności kiedy nie będzie Pani/Pan zadowolony z usług Administratora – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) RODO (co nazywane jest przetwarzaniem niezbędnym do celów wynikających z prawnie uzasadnionego interesu Administratora),
- po wyrażeniu odrębnej zgody do celu marketingu usług i produktów Administratora (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO).

Pani/Pana dane osobowe przetwarzamy na podstawie przepisów, regulujących system opieki zdrowotnej. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanych powyżej celów. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe przeprowadzenie badań laboratoryjnych. W zakresie w jakim Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane ponieważ jest to konieczne do celów wynikających z prawnie uzasadnionego interesu Administratora (podstawy wskazane powyżej) jest to dobrowolne i może się Pani/Pan temu sprzeciwić zgodnie z postanowieniami RODO, kontaktując się z Administratorem.

Odbiorcami podanych przez Panią/Pana danych osobowych będą pracownicy/współpracownicy Administratora (na podstawie stosownych upoważnień), podmioty uprawnione do ich przetwarzania na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz podmioty realizujące usługi, które są niezbędne do bieżącego funkcjonowania Centrum, z którymi Administrator, zgodnie z art.28 RODO, zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych.

Dane osobowe udostępnione przez Panią/Pana przechowywane będą, przez okres czasu konieczny mając na uwadze cele, dla których te dane zostały zebrane, w szczególności przez okres wynikający z przepisów regulujących czas przechowywania dokumentacji medycznej, wykonywanie prawnych obowiązków jako podmiot leczniczy, a w przypadku zawieranej umowy na badania do czasu jej rozwiązania/wygaśnięcia i przez okres czasu po jej rozwiązaniu/wygaśnięciu do czasu przedawnienia roszczeń związanych z umową, natomiast w przypadku danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody do czasu jej cofnięcia. Przewidziane w przepisach o ochronie danych osobowych „prawo do zapomnienia” może zostać zrealizowane dopiero po upływie okresu przechowywania dokumentacji medycznej.

Ma Pani/Pan prawo do dostępu do swoich danych osobowych, poprawiania danych, przeniesienia danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania i usunięcia danych, prawo do sprzeciwu w zakresie przetwarzania danych osobowych, a także cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie (jednak odwołanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej odwołaniem), w zależności od tego, co jest podstawą przetwarzania tychże danych.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie przez Administratora Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych.

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a) RODO **wyrażam/nie wyrażam*** zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów marketingowych (marketing usług lub produktów Administratora), za pomocą:

** udostępnionego adresu e-mail (komunikacja na skrzynkę poczty elektronicznej),

** numeru telefonu (komunikacja poprzez wiadomości SMS, MMS czy połączenia przychodzące na telefon, którego jestem użytkownikiem).

*niepotrzebne skreślić

**zaznaczyć wybrane opcje

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z regulaminem świadczenia usług, regulaminem serwisu e-Wyniki oraz polityką prywatności na rzecz klientów Centrum Medycznego Wielkoszyński (do wglądu na stronie wielkoszynski.pl lub w siedzibie Usługodawcy).

data i podpis Pacjenta/Rodzica/Opiekuna prawnego