

ZLECENIE nr/ LEB w NIZP - PZH
(SZCZEP/DNA BAKTERYJNY*)

Klient (Laboratorium).....

Adres: ul

kod.....miejscowość.....nr telefonu

REGON/NIP*:.....

Nr umowy (jeśli dotyczy):.....

Dane pacjenta **

Imię i nazwisko lub inicjały

Data urodzenia płeć* K M

Adres zamieszkania: ul nr domu nr lokalu

kod miejscowość

1. Data przyjęcia próbki materiału do Laboratorium Klienta

2. Wstępne rozpoznanie, istotne kliniczne dane pacjenta**

3. Szczep wyhodowano od ** : chorego, ozdrowieńca, osoby ze styczności, nosiciela, branżowca. *

4. Opis materiału i zakres badania:

Materiał z którego wyhodowano szczep bakteryjny	Oznakowanie próbki przez Klienta	Data wyhodowania szczepu od pacjenta**	Wynik identyfikacji wykonanej przez Klienta	Oczekiwany kierunek badania w NIZP - PZH	Data i godzina przyjęcia próbki (wypełnia PPM w NIZP - PZH)

5. Badanie odpłatne / referencyjne / szczep do kolekcji NIZP - PZH*

6. Próbki po badaniu do dyspozycji LEB w NIZP - PZH tak/nie*

7. Przekazanie sprawozdania z badań: faksem***/poczta/odbior osobisty*

8. Miejsce przesłania wyniku / dane osoby upoważnionej do odebrania wyniku:

9. Koszt realizacji zlecenia (w przypadku odpłatnych badań):

10. Klient ma prawo uczestniczyć w badaniu jako obserwator z uwzględnieniem ograniczeń wynikających z przepisów o hermetyzacji laboratorium (Rozporządzenie Ministra Środowiska z 29 listopada 2002r. - Dz. U. 02.212.1798 z 16 grudnia 2002r.).

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

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

13. Zmiana treści zlecenia wymaga formy pisemnej.

14. 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. Z 2002 Nr 101, poz. 926).

Klient - data/podpis

Główny Księgowy - data/podpis (w przypadku odpłatnych badań)

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

Szare pola formularza są wypełniane w NIZP - PZH

*niepotrzebne skreślić

** Wypełnić jeśli próbka pochodzi z materiału klinicznego

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

Właściwości biochemiczne / serologiczne szczepu

