

Zlecenie badania w kierunku nietolerancji pokarmowych IgG-zależnych

- EUROLINE-FOOD 216** Pakiet rozszerzony
- EUROLINE-FOOD 108** Pakiet podstawowy
- EUROLINE-FOOD 54** Pakiet ogólny

INFORMACJE O PACJENCIE

WYPEŁNIA PACJENT PEŁNOLETNI LUB PACJENT, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 ROK ŻYCIA ORAZ JEGO RODZIC/OPIEKUN PRAWNY

Nazwisko i imię (drukowanymi literami):

.....

PESEL:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon kontaktowy:

.....

Adres e-mail:

.....

INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM

Rodzaj materiału: **surowica**

Data i godzina pobrania materiału od pacjenta (dzień/godzina):

.....

PIECZĘĆ JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ

UWAGA – PRZECIWWSKAZANIA DO WYKONANIA TESTU

- **Gammopatia monoklonalna** (szpiczak mnogi, MGUS itp.) / agammaglobulinemia / hypoglobulinemia
- **Wiek poniżej 1 roku życia** – test należy wykonać z surowicy matki (w przypadku karmienia piersią)
- **Obniżenie poziomu przeciwciał IgG *** – chemioterapia, radioterapia, leczenie immunosupresyjne, długotrwałe leczenie ogólnoustrojowe sterydami, HIV/AIDS

* W przypadku podejrzenia, że całkowity poziom przeciwciał IgG jest poniżej normy, zaleca się wykonanie oznaczenia Total IgG i przystąpienie do badania w momencie prawidłowego wyniku.

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY:

ZOSTAŁEM POINFORMOWANY, ŻE:

1. Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego w sytuacjach, gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium.
2. Jeśli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki a datą wydania wyniku pacjent ukończy 16 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza Zlecenie badania w kierunku nietolerancji pokarmowych IgG-zależnych.
3. Wynik badania zostanie udostępniony online na koncie, z którego badanie zostało zleczone, o czym Zamawiający zostanie poinformowany mailowo. Na życzenie wynik może zostać wysłany na wskazany w zamówieniu adres listem poleconym priorytetowym za potwierdzeniem odbioru. Koszt takiej przesyłki to 9,40 zł.
4. Laboratorium Euroimmun DNA deklaruje, że przekazany materiał biologiczny nie będzie przechowywany dłużej niż przez okres 1 miesiąca liczony od dnia otrzymania materiału.
5. Uzyskałem/am od lekarza zlecającego badanie informację, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 836, z późn. zm.), szczególności o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania.

Oświadczam, że podane wyżej dane są prawdziwe i nie ma przeciwwskazań do wykonania badania.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis pacjenta/rodzica/opiekuna
prawnego wyrażającego zgodę na badania

Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie materiału biologicznego do celu związanego z udziałem laboratorium Euroimmun DNA w zewnątrzlaboratoryjnym programie kontroli jakości.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na przesyłanie przez „EUROIMMUN POLSKA” Sp. z o.o., ul. Widna 2a, 50-543 Wrocław, informacji handlowych (m.in. informacji o nowościach, newsletter) za pomocą środków komunikacji elektronicznej na podany powyżej adres mailowy. Przyjmuję do wiadomości, że w każdej chwili mogę odwołać zgodę, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

TAK NIE

Na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a RODO, dobrowolnie i świadomie zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wykonania diagnostyki oraz udostępnienia wyników badań.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis pacjenta/rodzica/opiekuna
prawnego wyrażającego zgodę na badania

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/697 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, RODO) informujemy, że:

- 1.** Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest spółka „EUROIMMUN POLSKA” Sp. z o. o. z siedzibą we Wrocławiu (50-543) przy ul. Widnej 2a („ADO”). ADO ustanowił inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@euroimmun.pl.
- 2.** Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są:
 - 1) w celu wykonania zawartej umowy lub podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO);
 - 2) dla prawnie uzasadnionego interesu ADO w celach marketingowych, kontaktowych, analitycznych, archiwalnych, dochodzenia roszczeń związanych z umową (art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
 - 3) dla wypełnienia obowiązku prawnego spoczywającego na ADO (art. 6 ust. 1 lit c RODO);
 - 4) na podstawie wyrażonej wyrażnej zgody w jednym lub kilku konkretnych celach (art. 9 ust. 2 lit. a RODO);
 - 5) w celu prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej (art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).
- 3.** Dane osobowe mogą być przekazywane przez ADO do podmiotów zewnętrznych, takich jak uprawnione organy państwowe, współpracujące podmioty lecznicze i punkty pobrań, dostawcy usług informatycznych, prawniczych, księgowych i kurierskich.
- 4.** Podanie danych jest dobrowolne, za wyjątkiem sytuacji, gdy prawo wymaga ich podania lub ich podanie jest niezbędne do wykonania przez ADO zawartej umowy. W takim wypadku, niepodanie niezbędnych danych skutkować będzie niemożnością świadczenia usług lub realizacji umowy.
- 5.** ADO przetwarza dane osobowe w sposób zautomatyzowany. Dane podlegają profilowaniu.
- 6.** Dane osobowe będą przechowywane, w przypadku przetwarzania danych osobowych:
 - 1) na podstawie zgody – do momentu odwołania zgody przez Panią/Pana bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - 2) w związku z wykonywaniem umowy – przez okres, w którym mogą ujawnić się roszczenia z nią związane;
 - 3) ze względu na prawnie uzasadnione interesy realizowane przez ADO lub stronę trzecią – do momentu złożenia sprzeciwu;
 - 4) w związku z Pani/Pana żądaniem podjęcia działań przed zawarciem umowy – dane osobowe zostaną niezwłocznie usunięte, jeżeli nie dojdzie do zawarcia umowy;
 - 5) dla wypełnienia obowiązku prawnego spoczywającego na ADO – w okresie wskazanym przez przepisy prawa.
- 7.** Ma Pani/Pan następujące prawa: żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania; wniesienia skargi do organu nadzorczego; cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokona na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania opartego na art. 6 ust. 1 lit. f RODO.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego