

SKIEROWANIE NA BADANIE SARS-CoV-2 ANTYPGEN (SARS-CoV-2 ANTIGEN TEST REQUEST FORM)

WSZYSTKIE DANE SĄ OBOWIĄZKOWE (PLEASE FILL IN ALL MANDATORY FIELDS)

Druk należy wypełnić czytelnie drukowanymi literami (fill the form in capital letters)

TU NAKLEJ KOD MATERIAŁU

NAZWISKO (LAST NAME)

IMIĘ (NAME)

PESEL (PASSPORT NUMBER)

DATA URODZENIA (DATE OF BIRTH)

OBYWATELSTWO (NATIONALITY)

ADRES ZAMIESZKANIA/POBYTU ULICA, NUMER MIESZKANIA, NUMER DOMU (FULL REGISTERED ADDRESS IN POLAND)

MIEJSCOWOŚĆ (CITY)

KOD POCZTOWY (ZIP CODE)

NUMER TELEFONU (PHONE NUMBER)

ADRES E-MAIL (E-MAIL ADDRESS)

Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji procesu diagnostycznego. Informujemy, że Administratorem danych jest Laboratorium Medyczne Lab-Med w Sośnicowicach ul. Raciborska 9. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania jak i wycofania. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.U.E.L.2016.119.1). Dane będą przetwarzane w celu prowadzenia przez Administratora działalności medycznej, w szczególności w celu świadczenia przez Administratora usług diagnostycznych oraz prowadzenia zgodnej przepisami prawa dokumentacji medycznej. Szczegółowe cele procesowe opisane są na stronie internetowej Laboratorium.

WYPEŁNIA PERSONEL MEDYCZNY (TO BE COMPLETED BY MEDICAL STAFF)

ANTYGEN

RT PCR

NAAT

WYMAZ Z NOSOGARDZIELI

WYMAZ Z NOSA

WYNIK W JĘZYKU ANGIELSKIM

DATA I GODZINA POBRANIA MATERIAŁU

DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ

DATA I GODZINA PRZYJĘCIA DO LABORATORIUM