

REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
W BIAŁYMSTOKU

KOD PRÓBKII



Dział Laboratoryjny
Pracownia Diagnostyki Molekularnej wirusa SARS CoV-2
ul. M.Skłodowskiej-Curie 23, 15-950 Białystok
tel. 85-7456-369, e-mail msredzinska@rckik.bialystok.pl

**FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH -
WYKONANIE BADANIA W KIERUNKU COVID-19**

- RNA SARS CoV-2 (badanie wykonane metodą biologii molekularnej) / PCR
 ANTYGEN SARS CoV-2 (szybki test kasetkowy) / Antigen Rapid Test

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nazwisko / Surname | | Imię / Name | | Płeć / Sex K-Kobieta, M-mężczyzna/ /F- Female, M - Male/ <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | | Data urodzenia / Date of Birth | | Seria i nr dokumentu tożsamości/ ID Serial / Number | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce zamieszkania w Polsce / Address in Poland | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obywatelstwo / Citizenship: | | | Województwo / Voivodeship: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy / Post Code: | | | Miejscowość / Town: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica / Street: | | Nr domu / House Number: | | Nr mieszkania / Flat Number: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon / Phone Number: | | | Email: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podpis osoby wypełniającej formularz / Pieczęć firmy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rodzaj pobranego materiału do badań – wymaz z nosa i gardła lub z nosogardzieli | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dane osoby pobierającej materiał do badań: | | | Data i godzina pobrania materiału: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <u>WYPEŁNIA LABORATORIUM WYKONUJĄCE BADANIE</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA I GODZINA PRZYJĘCIA PRÓBKII | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <small>(podpis osoby przyjmującej materiał)</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Klauzula informacyjna dla pacjentów

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE*) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 23, 15-950 Białystok.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@rckik.bialystok.pl, tel. 85 7456 323.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu **obsługi pacjentów** - na podstawie **art. 6 pkt c** oraz **art. 9 ust.2 lit. h** ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
4. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe na mocy następującego przepisu prawa:
 - a) Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz. U. z 2009, poz. 417),
 - b) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 Nr 210 poz. 2135).
 - c) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2009 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych, (z późn. zmianami).
 - d) Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. 2005 Nr 169 poz. 1411 z późn. zmianami),
 - e) Ustawa o zawodzie lekarza Dz.U. 1997 Nr 28 poz. 152 z dnia 5 grudnia 1996 r., z późn. zmianami.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa tj:
 - a) Instytut Hematologii i Transfuzjologii, 02-776 Warszawa, ul. Indiry Gandhi 14,
 - b) Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Białymstoku, ul. Warszawska 57a, 15-062 Białystok,
 - c) Narodowy Fundusz Zdrowia,
 - d) Laboratoria którym RCKiK zleca wykonywanie badań laboratoryjnych.
6. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 30 lat.
7. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (**Urząd Ochrony Danych Osobowych**, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa

Wersja 02/2020