



ul. Wiktorii Wiedeńskiej 9A
02-954 WARSZAWA
Tel: 515 14 14 14, 506 069 568
email: diagnostyka@medgen.pl



ZLECENIE WYKONANIA BADANIA GENETYCZNEGO SARS-CoV-2 METODĄ RT-PCR
(ORDER OF GENETIC SARS-CoV-2 DETECTION TEST)

Miejsce na naklejkę z kodem badania

INFORMACJE O PACJENCIE / PATIENT INFO
Nazwisko (drukowanymi) / Surname (capital letters)
Imię (drukowanymi) / Name (capital letters)
Płeć / Sex: [] żeńska/female [] męska/male
Data urodzenia Date of birth (dd/mm/yyyy): PESEL / ID No.
PASZPORT (w przypadku braku PESEL) / PASSPORT no.(in case of lack of PESEL No.):
DOWÓD OSOBISTY (w przypadku podróży) (ID No. for travelling):
Adres kontaktowy / Contact address:
Powiat / District Obywatelstwo / Citizenship
Województwo: Telefon / Phone:
E-mail:

Informacje o pobranym materiale biologicznym
(Collected material info)
[] Wymaz z nosogardzieli / Nasopharyngeal swab
[] Wymaz z gardła i nosa / Pharyngeal-nasal swab
Data i godzina pobrania próbki / Date and time of sample collection
(dd/mm/yyyy): , godzina/hour:
Dane osoby pobierającej materiał do badań:

Czy u Pacjenta występują objawy choroby COVID-19
(gorączka, kaszel, duszność)?
Does the Patient have any COVID-19 symptoms? (fever, cough, dyspnoea)
NIE / NO [] TAK / YES []
Data wystąpienia objawów /Date of onset of symptoms:
Czy pacjent miał kontakt z osobami z potwierdzonym zakażeniem wirusem COVID-19?/ Have you had contact with COVID positive person?
TAK / YES [] NIE / NO [] NIE WIEM / DON'T KNOW []

Odbiorcami danych osobowych są Administrator – CM MedGen w Warszawie przy ul. Wiktorii Wiedeńskiej 9a, 02-954 Warszawa prowadzony przez MedGen Kamila Czerska i Wspólnicy sp.k. Dane osobowe mogą być przekazywane zaufanym podmiotom przetwarzającym dane osobowe (Przetwarzający) na zlecenie Administratora w związku z realizacją zamówienia wykonania badania genetycznego. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda Mam prawo wycofania zgody w dowolnym momencie. Dane osobowe będą przetwarzane do odwołania zgody, a po takim odwołaniu, przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących Administratorowi/Przetwarzającemu dane. Mam prawo żądania od Administratora/Przetwarzającego dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

.....
data / date Podpis Pacjenta / Patient's signature

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09/11/2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 nr 2069).