

MOBILNY PUNKT POBRAŃ – M1 /A1/G1*(właściwy zaznaczyć)

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

Data, godzina i podpis osoby przyjmującej
zlecenie do CM MEDGEN:

Nr przyjęcia:

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

bez zaświadczenia lekarskiego (400,00zł)

z zaświadczeniem lekarskim (500,00zł)

without physician certificate

with physician certificate

Miejsce na naklejkę z kodem badania

Miejsce na naklejkę z kodem zaświadczenia

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 / DistrictNarodowość / Nationality.....

E-mail:Telefon / Phone:.....

Informacje o pobranym materiale biologicznym
(Collected material info)

Wymaz z nosogardzieli / Nasopharyngeal swab

Wymaz z gardła / Pharyngeal swab

Wymaz z nosa / Nasal swab

Inne / Other

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 Czarska 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).

Skierowanie na badanie genetyczne SARS-CoV-2, PB/F-33dt, wydanie 1, z dnia 08/09/2020r.

Skąd dowiedziałeś się o naszym laboratorium?

wyszukiwarka internetowa

z polecenia lekarza

od znajomych

strona tematyczna

Facebook

inne: