

## FORMULARZ ZLECENIA BADANIA KLESZCZA

Wypełnia zleceńodawca (dokładne wypełnienie formularza jest niezbędne do przyjęcia zlecenia)

Dane pacjenta	Dane jednostki kierującej																																				
<p>Imię: .....</p> <p>Nazwisko: .....</p> <p>Data urodzenia:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Dzień</th> <th colspan="2">Miesiąc</th> <th colspan="2">Rok</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>PESEL: .....</p> <p>W przypadku braku numeru PESEL: seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość: .....</p> <p>Adres kontaktowy: .....</p> <p>Adres e-mail: .....</p> <p>Telefon: .....</p>	Dzień		Miesiąc		Rok								<p>Ośrodek kierujący (czytelna pieczęć lub pełna nazwa, adres, telefon)</p> <p>NIP: .....</p> <p>Telefon kontaktowy: .....</p> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #fff9c4;">Informacje o materiale przekazanym do badań</th> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p>RODZAJ MATERIAŁU: KLESZCZ</p> <p>Data usunięcia ze skóry</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Dzień</th> <th colspan="2">Miesiąc</th> <th colspan="2">Rok</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #fff9c4;">BADANIE (należy wybrać właściwe)</th> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p><input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi sensu lato</p> <p><input type="checkbox"/> TBEV - Wirus odkleszczowego zapalenia mózgu</p> <p><input type="checkbox"/> Panel odkleszczowy podstawowy (Borrelia burgdorferi sensu lato + TBEV)</p> <p><input type="checkbox"/> Panel odkleszczowy rozszerzony (Borrelia burgdorferi sensu lato + Babesia + Anaplasma/ Ehrlichia + TBEV + Francisella tularensis)</p> </td> </tr> <tr> <th style="background-color: #fff9c4;">Sposób odbioru wyniku</th> <th style="background-color: #fff9c4;">Informacje do faktury</th> </tr> <tr> <td> <p><input type="checkbox"/> Odbiór wyniku w wersji elektronicznej</p> <p><input type="checkbox"/> Odbiór osobisty w laboratorium</p> <p><input type="checkbox"/> Przesłanie wyniku w postaci papierowej</p> <p>Wynik zwyczajowo wysyłany jest do jednostki kierującej. W innym przypadku proszę o podanie właściwych danych adresowych:</p> </td> <td> <p>jeśli inne niż jednostki kierującej na badanie</p> <p>Nazwisko i imię/ nazwa jednostki kierującej (czytelna pieczęć lub pełna nazwa, adres, telefon)</p> <p>NIP: .....</p> </td> </tr>	Informacje o materiale przekazanym do badań		<p>RODZAJ MATERIAŁU: KLESZCZ</p> <p>Data usunięcia ze skóry</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Dzień</th> <th colspan="2">Miesiąc</th> <th colspan="2">Rok</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table>		Dzień		Miesiąc		Rok								BADANIE (należy wybrać właściwe)		<p><input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi sensu lato</p> <p><input type="checkbox"/> TBEV - Wirus odkleszczowego zapalenia mózgu</p> <p><input type="checkbox"/> Panel odkleszczowy podstawowy (Borrelia burgdorferi sensu lato + TBEV)</p> <p><input type="checkbox"/> Panel odkleszczowy rozszerzony (Borrelia burgdorferi sensu lato + Babesia + Anaplasma/ Ehrlichia + TBEV + Francisella tularensis)</p>		Sposób odbioru wyniku	Informacje do faktury	<p><input type="checkbox"/> Odbiór wyniku w wersji elektronicznej</p> <p><input type="checkbox"/> Odbiór osobisty w laboratorium</p> <p><input type="checkbox"/> Przesłanie wyniku w postaci papierowej</p> <p>Wynik zwyczajowo wysyłany jest do jednostki kierującej. W innym przypadku proszę o podanie właściwych danych adresowych:</p>	<p>jeśli inne niż jednostki kierującej na badanie</p> <p>Nazwisko i imię/ nazwa jednostki kierującej (czytelna pieczęć lub pełna nazwa, adres, telefon)</p> <p>NIP: .....</p>
Dzień		Miesiąc		Rok																																	
Informacje o materiale przekazanym do badań																																					
<p>RODZAJ MATERIAŁU: KLESZCZ</p> <p>Data usunięcia ze skóry</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Dzień</th> <th colspan="2">Miesiąc</th> <th colspan="2">Rok</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table>		Dzień		Miesiąc		Rok																															
Dzień		Miesiąc		Rok																																	
BADANIE (należy wybrać właściwe)																																					
<p><input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi sensu lato</p> <p><input type="checkbox"/> TBEV - Wirus odkleszczowego zapalenia mózgu</p> <p><input type="checkbox"/> Panel odkleszczowy podstawowy (Borrelia burgdorferi sensu lato + TBEV)</p> <p><input type="checkbox"/> Panel odkleszczowy rozszerzony (Borrelia burgdorferi sensu lato + Babesia + Anaplasma/ Ehrlichia + TBEV + Francisella tularensis)</p>																																					
Sposób odbioru wyniku	Informacje do faktury																																				
<p><input type="checkbox"/> Odbiór wyniku w wersji elektronicznej</p> <p><input type="checkbox"/> Odbiór osobisty w laboratorium</p> <p><input type="checkbox"/> Przesłanie wyniku w postaci papierowej</p> <p>Wynik zwyczajowo wysyłany jest do jednostki kierującej. W innym przypadku proszę o podanie właściwych danych adresowych:</p>	<p>jeśli inne niż jednostki kierującej na badanie</p> <p>Nazwisko i imię/ nazwa jednostki kierującej (czytelna pieczęć lub pełna nazwa, adres, telefon)</p> <p>NIP: .....</p>																																				

**Uwaga:** W przypadku badania w kierunku obecności wirusa TBEV kleszcz musi być dostarczony do laboratorium w stanie nieuszkodzonym (najlepiej żywy), aby analiza była możliwa. W przypadku gdy kleszcz będzie w złym stanie laboratorium ma prawo odmówić wykonania badania. Laboratorium zastrzega sobie prawo do wykorzystania materiału pozostałego po badaniu do celów naukowych i prac badawczo-rozwojowych.

**Oświadczenia pacjenta:**

- ✓ Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w formularzu w celu realizacji zlecenia, zgodnie z Rozporz. PE i Rady UE z dnia 24 maja 2018 r (art. 9 ust. 2 lit. A RODO).
- ✓ Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji dotyczących wyników badań na podany w formularzu adres e-mail i nr tel.
- ✓ Udzielam BORLAMED MLD zgodę na kontaktowanie się ze mną w przyszłości w związku z działaniami w ramach systemu zapewnienia jakości (wyrażenie opinii na temat wykonywanych badań/ obsługi klienta itp.) Tak  Nie

.....  
data i podpis