

## Zlecenie badania w kierunku nadwrażliwości pokarmowych IgG-zależnych

- basic 1** – profil podstawowy zawierający 54 produkty spożywcze
- extended 1** – profil rozszerzony zawierający 108 produktów spożywczych
- vegetarian extended 1** – profil rozszerzony zawierający 108 produktów spożywczych typowych dla diety wegetariańskiej
- advanced 1** – profil zaawansowany zawierający 216 produktów spożywczych

### INFORMACJE O PACJENCIE\*

Nazwisko i imię (drukowanymi literami):

.....

PESEL:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon kontaktowy:

.....

Adres e-mail:

.....

### INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM

Rodzaj materiału: **surowica**

Data i godzina pobrania materiału od pacjenta  
(dzień/godzina):

.....

### PIECZĘĆ JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ

#### UWAGA – PRZECIWWSKAZANIA DO WYKONANIA TESTU

1. **Gammapatia monoklonalna** (szpiczak mnogi, MGUS itp.) / agammaglobulinemia / hypoglobulinemia
2. **Wiek poniżej 2 roku życia**
3. **Obniżenie poziomu przeciwciał IgG** – chemioterapia, radioterapia, leczenie immunosupresyjne, długotrwałe leczenie ogólnoustrojowe sterydami, HIV/AIDS

\*Wypełnia pacjent pełnoletni lub rodzic/opiekun prawny pacjenta niepełnoletniego

## DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY:

### Zostałem poinformowany, że:

1. Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego w sytuacjach, gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium.
2. Laboratorium Euroimmun DNA deklaruje, że przekazany materiał biologiczny nie będzie przechowywany dłużej niż przez okres 1 miesiąca liczony od dnia otrzymania materiału.
3. Uzyskałem/am od lekarza zlecającego badanie informacje, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 836, z późn. zm.), szczególności o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania.

### Oświadczam, że podane wyżej dane są prawdziwe i nie ma przeciwwskazań do wykonania badania.

Miejscowość, data

Czytelny podpis pacjenta/rodzica/opiekuna  
prawnego wyrażającego zgodę na badania

Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie materiału biologicznego do celu związanego z udziałem laboratorium Euroimmun DNA w zewnątrzlaboratoryjnym programie kontroli jakości.

TAK  NIE

Wyrażam zgodę na przesyłanie przez „EUROIMMUN POLSKA” Sp. z o.o., ul. Widna 2a, 50-543 Wrocław, informacji handlowych (m.in. informacji o nowościach, newsletter) za pomocą środków komunikacji elektronicznej na podany powyżej adres mailowy. Przyjmuję do wiadomości, że w każdej chwili mogę odwołać zgodę, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

TAK  NIE

Na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a RODO, dobrowolnie i świadomie zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wykonania diagnostyki oraz udostępnienia wyników badań.

Miejscowość, data

Czytelny podpis pacjenta/rodzica/opiekuna  
prawnego wyrażającego zgodę na badania

### Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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, RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest spółka „EUROIMMUN POLSKA” Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu (50-543) przy ul. Widnej 2a („ADO”). ADO ustanowił inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@euroimmun.pl.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są:
  - w celu wykonania zawartej umowy lub podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO);
  - dla prawnie uzasadnionego interesu ADO w celach marketingowych, kontaktowych, analitycznych, archiwalnych, .dochodzenia roszczeń związanych z umową (art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
  - dla wypełnienia obowiązku prawnego spoczywającego na ADO (art. 6 ust. 1 lit c RODO);
  - na podstawie wyrażonej wyrażnej zgody w jednym lub kilku konkretnych celach (art. 9 ust. 2 lit. a RODO);
  - w celu prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej (art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 24 ust. 1 .ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).
3. Dane osobowe mogą być przekazywane przez ADO do podmiotów zewnętrznych, takich jak uprawnione organy państwowe, współpracujące podmioty lecznicze i punkty pobrań, dostawcy usług informatycznych, prawniczych, księgowych i kurierskich.
4. Podanie danych jest dobrowolne, za wyjątkiem sytuacji, gdy prawo wymaga ich podania lub ich podanie jest niezbędne do wykonania przez ADO zawartej umowy. W takim wypadku, niepodanie niezbędnych danych skutkować będzie niemożnością świadczenia usług lub realizacji umowy.
5. ADO przetwarza dane osobowe w sposób zautomatyzowany. Dane podlegają profilowaniu.
6. Dane osobowe będą przechowywane, w przypadku przetwarzania danych osobowych:
  - na podstawie zgody – do momentu odwołania zgody przez Panią/Pana bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
  - w związku z wykonywaniem umowy – przez okres, w którym mogą ujawnić się roszczenia z nią związane;
  - ze względu na prawnie uzasadnione interesy realizowane przez ADO lub stronę trzecią – do momentu złożenia sprzeciwu;
  - w związku z Pani/Pana żądaniem podjęcia działań przed zawarciem umowy – dane osobowe zostaną niezwłocznie usunięte, jeżeli nie dojdzie do zawarcia umowy;
  - dla wypełnienia obowiązku prawnego spoczywającego na ADO – w okresie wskazanym przez przepisy prawa.
7. Ma Pani/Pan następujące prawa: żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania; wniesienia skargi do organu nadzorczego; cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokona na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania opartego na art. 6 ust. 1 lit. f RODO.

Miejscowość, data

Czytelny podpis pacjenta/rodzica/opiekuna  
prawnego wyrażającego zgodę na badania