

Wypełnia Lekarz Rodzinny

Nazwa Jednostki Kierującej	Pieczętka i podpis lekarza kierującego

..... , dnia

Badanie profilaktyczne w zakresie wczesnego wykrywania boreliozy wśród mieszkańców Powiatu Lęborskiego.

Proszę o wykonanie badań w kierunku wczesnego wykrywania boreliozy:

U Pana (i).....

Adres:.....

Pesel:.....

Telefon kontaktowy:.....

Badania, które wykonano (wypełnia laboratorium)

<i>Wyszczególnienie</i>	<i>Data pobrania</i>	<i>Godzina pobrania</i>	<i>Osoba pobierająca</i>
Borrelia burgdorferi –przeciwciała IgG w surowicy			
Borrelia burgdorferi –przeciwciała IgM w surowicy			
Borrelia burgdorferi –test Western Blott IgG			
Borrelia burgdorferi –test Western Blott IgM			

Realizacja zadania finansowana jest ze środków publicznych przekazanych przez Powiat Lęborski.

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DLA OSÓB OBJĘTYCH REALIZACJĄ PROFILKATYKI ZDROWOTNEJ W RAMACH PROMOCJI I OCHRONY ZDROWIA DLA MIESZKAŃCÓW POWIATU LĘBORSKIEGO W ZAKRESIE WCZESNEGO WYKRYWANIA BORELIOZY

Zgodnie z art.13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (zwanego dalej „RODO”) informujemy, że:

1. Administratorem Twoich danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lęborku. Możesz się z nami skontaktować **listownie na adres** ul. Juliana Węgrzynowicza 13, 84-300 Lębork, **przez e-mail:** sekretariat@szpital-lebork.com.pl oraz **telefonicznie pod nr tel.** 59 8635 325.
2. W naszym Szpitalu powołaliśmy Inspektora Ochrony Danych, z którym możesz kontaktować się w przypadku jakichkolwiek pytań lub uwag związanych z przetwarzaniem Twoich danych osobowych i praw, które Ci przysługują na mocy obowiązujących przepisów dotyczących ochrony danych osobowych. Z inspektorem możesz skontaktować się **przez e-mail:** iod@szpital-lebork.com.pl lub **telefonicznie pod nr tel.** 59 8635 273.
3. Twoje dane przetwarzamy w celu realizacji zadań profilaktycznych w ramach promocji i ochrony zdrowia, zgodnie z **art. 9 ust. 2 lit. h** (*przetwarzanie do celów profilaktyki zdrowotnej*) **RODO** w związku z ustawą o działalności leczniczej i ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi Podanie Twoich danych jest niezbędne do udzielenia świadczeń.
4. Odbiorcami Twoich danych osobowych mogą być tylko upoważnione przez nas podmioty.
5. Nasz Szpital nie przewiduje przekazywania Twoich danych osobowych do państw trzecich i organizacji międzynarodowych.
6. Twoje dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności w zakresie przechowywania dokumentacji medycznej.
7. Przysługują Ci następujące prawa związane z przetwarzaniem Twoich danych osobowych:
 - prawo **dostępu** do Twoich danych osobowych,
 - prawo **sprostowania** Twoich danych osobowych,
 - prawo **uzyskania kopii** Twoich danych osobowych,
 - prawo **ograniczenia** przetwarzania,
 - prawo **wniesienia skargi do organu nadzorczego** zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Twoje dane nie będą podlegać decyzjom podejmowanym w sposób zautomatyzowany, czyli bez udziału człowieka. Twoje dane nie będą również wykorzystywane do profilowania.

podpis uczestnika badania – pacjenta