SYNLAB

Microbiome Focus teszt

SYNLAB
VONALKÓD / BARCODE

VIZSGÁLATKÉRŐLAP
ANALYSIS REQUEST FORM

Tisztelt Partnerünk! Tisztelt Páciensünk!
Amennyiben beküldő Partnerként veszi igénybe a vizsgálatot, kérjük, hogy adataival töltse ki a beküldő és páciens adatokat és adja meg a mintavétel időpontját és a termék vonalkódját. Amennyiben a vizsgálatot weboldalunkon vagy magánvérvételi helyszínünkön személyesen vásárolta, kérjük, hogy adataival töltse ki a páciens adatokra vonatkozó táblázatot és adja meg a mintavétel időpontját és a termék vonalkódját, valamint a fizetési módra vonatkozó információkat.

Dear Partner, Dear Patient,
If you are requiring the test as a partner, please fill in the referring and patient data with your information and provide the sample collection date and the product barcode. If you have purchased the test on our website or in person at our private blood collection point, please fill in the patient data table with your information and provide the sample collection date, the product barcode and payment method details.

* **Kötelezően kitöltendő** / Mandatory fields

BEKÜLDŐ / ORVOS ADATOK // MEDICAL CENTRE / SPECIALIST INFORMATION

Vezetéknév: Surname	**Keresztnév:** Name	**Szakterület:** Specialty
Partner beküldőkód (9-jegyű): * Registration number	**Leletküldési e-mail:** *	**Tel.:**
Intézmény / kórház: * Centre / hospital	**Cím:** * Address	
Beküldő orvos aláírása: Doctor's signature		

PÁCIENS ADATOK / PATIENT INFORMATION

Vezetéknév: * Surname		**Keresztnév:** * Name
Születési dátum (év/hónap/nap): * Date of birth (year/month/day) / /		**Anyja neve:** * Mother's name
TAJ-szám: * ID	**Lakcím:** * Address	
Tel.: *	**E-mail:** *	
Neme: * Gender ☐ **Nő** Female ☐ **Férfi** Male		**Életkor:** * Age
Terhesség: * Pregnant ☐ **Igen** Yes ☐ **Nem** No		

MINTAINFORMÁCIÓK / SAMPLE INFORMATION

Mintavétel időpontja / Sampling date: * / / **(év/hónap/nap)** / (year/month/day)

FIZETÉS MÓDJA / PAYMENT METHOD

☐ **Vérvételi helyen történt vásárlással** * Kérjük adja meg a **számla sorszámát**, **összegét** és a **vásárlás dátumát**. If the purchase was made at a blood collection point, please provide the invoice number, amount, and date of purchase.	_____ _____
☐ **Webshopon keresztül** * Kérjük adja meg az e-meilben kapott utalványkódot. If the purchase was made by webshop, please provide the voucher code received in the email.	_____

SYNLAB

VIZSGÁLATKÉRŐLAP
ANALYSIS REQUEST FORM
(folytatás / continued)

Microbiome Focus teszt

SYNLAB
VONALKÓD / BARCODE

ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ ÉS HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT / DATA PRIVACY INFORMATION AND DATA PROCESSING CONSENT

A SYNLAB Hungary Kft. (székhely: 1211 Budapest, Weiss Manfréd út 5-7.) ezúton tájékoztatja Önt a vizsgálattal kapcsolatban végzett adatkezelésről:

1. Az adatkezelő személye, az adatkezelés célja és jogalapja. A vizsgálattal kapcsolatos személyes adatokat a SYNLAB Hungary Kft. önálló adatkezelőként kezeli. A SYNLAB Hungary Kft. a személyes adatokat kizárólag az Ön által kért vizsgálat elvégzése, az Ön által kért egyéb szolgáltatások teljesítése, és a jogszabályokban előírt kötelezettségeik teljesítése céljából kezeli. A SYNLAB Hungary Kft. által végzett adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatást a jelen „Adatkezelési tájékoztató és hozzájáruló nyilatkozat", valamint a www.synlab.hu weboldalon található „Adatkezelési tájékoztató" tartalmazza. Az adatkezelés jogalapja az Ön hozzájárulása [a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről szóló, 2016. április 27-i (EU) 2016/679 európai parlamenti és tanácsi rendelet (általános adatvédelmi rendelet) 6. cikk (1) bekezdésének (a) pontja és 9. cikk (2) bekezdésének (a) pontja; az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (a továbbiakban: Eüak.) 12. § (2) bekezdése]. Ha a jelen tájékoztató szövegéből értelemszerűen más nem következik, a jelen tájékoztató a továbbiakban kizárólag a SYNLAB Hungary Kft. által végzett adatkezelésre vonatkozik.

2. A kezelt adatok köre. A vizsgálatkérő lapon megadott természetes személyazonosító és kapcsolattartási adatok, számlázási adatok, a biológiai minta továbbításával és nyomonkövetésével kapcsolatos adatok, a mintához rendelt kód, a vizsgálat eredménye, és – az eredménnyel kapcsolatos személyes konzultáció igénybevétele esetén – a konzultáció során gyűjtött adatok.

3. Az adatkezelés módszerei és az adatokhoz esetlegesen hozzáférő személyek. Az Ön személyes adatainak kezelését automatizált és nem-automatizált módon végezzük. Az adatkezelést közvetlenül a SYNLAB Hungary Kft. személyzete végzi. A személyes adatok kezelését kizárólag az erre jogosult személyzet végzi, akikre titoktartási kötelezettség vonatkozik. SYNLAB Hungary Kft. konkrét intézkedéseket léptetett életbe abból a célból, hogy egyedileg ellenőrizze azoknak a pácienseknek a személyazonosságát, akiktől biológiai mintát vesz a vizsgálat elvégzéséhez. Ennek érdekében a vizsgálat céljából kérhetjük, hogy mutassa meg a személyi igazolványát.

4. Nemzetközi adatátadás. A SYNLAB Hungary Kft. – az informatikai rendszereinek (elektronikus levelezés, tárhely szolgáltatás) rendes használatával szükségszerűen együttjáró esetek kivételével – nem továbbítja az adatokat Magyarország területén kívülre.

5. Adatmegőrzés időtartama. A személyes adatait – abban az esetben is, ha azok nem tartalmaznak az Ön egészségi állapotára vonatkozó különleges személyes adatot – az Ön egészségügyi dokumentációja részének tekintjük, és azokat az Eüak előírásainak megfelelően 30 évig kezeljük. Az eredeti levett biológiai mintát a SYNLAB MVZ Leinfelden GmbH Dr. Bayer részére továbbítjuk, azt vissza nem kapjuk, nem őrizzük.

6. Az adatátadás jellege és megtagadásának következményei. A személyes adatainak megadása, továbbá az adatkezeléshez történő hozzájárulás nem kötelező, azonban az Ön által kért vizsgálat elvégzéséhez elengedhetetlenül szükséges. Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a vizsgálatot nem tudjuk elvégezni, ha Ön nem járul hozzá személyes adatainak kezeléséhez. Ennek megfelelően, a vizsgálat elvégzésének feltétele, hogy Ön a SYNLAB Hungary Kft. jelen tájékoztató „1. Az adatkezelő személye, az adatkezelés célja és jogalapja" pontjában ismertetett tájékoztatóinak ismeretében hozzájáruljon a személyes adatainak kezeléséhez.

7. Az adatok közlése harmadik féllel és az adatok továbbítása. A vizsgálat érdekében rendelkezésre bocsátott biológiai mintát és az Ön jelen vizsgálatkérő lapon megadott személyes adatait a SYNLAB Hungary Kft. a SYNLAB MVZ Leinfelden GmbH Dr. Bayer, mint adatfeldolgozó részére továbbítja a vizsgálat elvégzése céljából. A személyes adatait a jelen pont szerinti adattovábbítás kivételével nem továbbítjuk semmilyen harmadik fél részére.

8. Az Ön jogai. Adatai kezelésével kapcsolatban érintettként bármikor kérheti, hogy tájékoztatást kapjon arról, hogy személyes adatai kezelése folyamatban van-e, és ha ilyen adatkezelés folyamatban van, jogosult arra, hogy a személyes adatokhoz és az alábbi információkhoz hozzáférést kapjon: a) személyes adatai forrása, ha azokat nem Öntől szereztük be;
b) az adatkezelés célja és módszerei;
c) az érintett személyes adatok kategóriái;
d) azon címzettek vagy címzettek kategóriái, akikkel, illetve amelyekkel a személyes adatokat közölték vagy közölni fogják;
e) a személyes adatok tárolásának tervezett időtartama, vagy ha ez nem lehetséges, ezen időtartam meghatározásának szempontjai.
Jogosult kérni továbbá adatai a) frissítését, helyesbítését; b) személyes adatai törlését vagy kezelésének korlátozását, illetve tiltakozhat az ilyen személyes adatok kezelése ellen, ideértve azt az esetet is, ha a személyes adatokra már nincs szükség abból a célból, amelyből azokat gyűjtötték vagy más módon kezelték; c) igazolást kapni arról, hogy az a) és b) pontokban hivatkozott műveletekről (tartalmilag is) értesítették mindazokat, akikkel az adatokat közölték, vagy akik körében terjesztették azokat, kivéve, ha ez lehetetlennek bizonyul vagy aránytalanul nagy erőfeszítést igényel. Önnek joga van továbbá a hozzájárulását bármikor visszavonni. A hozzájárulás visszavonása nem érinti a hozzájáruláson alapuló, a visszavonás előtti adatkezelés jogszerűségét.

9. Hogyan élhet a jogaival. Jogok gyakorlása érdekében kérjük ajánlott levélben forduljon a SYNLAB Hungary Kft.-hez (székhelyet lásd fent), vagy ezen szándékát a hungary@synlab.com címre küldött e-mailben jelezze. Emlékeztetjük továbbá, hogy joga van panasszal élni a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál (www.naih.hu, 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11.).

10. További tájékoztatás. A fenti tájékoztatás nem teljeskörű, további részletes tájékoztatás az adatkezelésről a www.synlab.hu weboldalunkon található. A jelen vizsgálati kérőlap aláírásával kijelentem, hogy a kérőlap tartalmát – ideértve a kért vizsgálatot, a személyazonosító adatokat és a kapcsolattartási adatokat – leellenőriztem és helyesnek találtam. Az adatkezeléssel kapcsolatos fenti tájékoztatás ismeretében kijelentem, hogy a biológiai mintám és a személyes adataim fenti tájékoztatóban foglalt módon és az ott ismertetett célok érdekében történő kezeléséhez és a SYNLAB MVZ Leinfelden GmbH Dr. Bayer részére történő továbbításához hozzájárulok:

Páciens vagy törvényes képviselő aláírása: *
Signature of the patient or legal representative _____

Dátum (év/hónap/nap): *
Date (year/month/day) / /

TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT / INFORMED PATIENT CONSENT

Kijelentem, hogy a SYNLAB Hungary Kft.-nél igénybe kívánom venni a jelen vizsgálatkérő lap fejlécében jelölt egészségügyi szolgáltatást.
Kijelentem, hogy az igénybe venni kívánt vizsgálattal kapcsolatban megkaptam, elolvastam és megértettem a vonatkozó megfelelő tájékoztatást, melyre figyelemmel tudomással bírok a vizsgálatok elvégzésének előnyeiről és kockázatairól, a vizsgálat folyamatáról.
Kijelentem, hogy elmúltam 18 éves és képes vagyok jogilag kötelező érvényű szerződés megkötésére.
Kijelentem, hogy a benyújtott minta tőlem származik; vagy ha más nevében nyújtok be mintát, akkor szavatolok azért, hogy a benyújtott minta az adott személyhez tartozik, és az ezen személy nevében való eljárásra, és a minta benyújtására a vonatkozó jogszabályoknak megfelelő felhatalmazással rendelkezem.
Tudomásul veszem, hogy a termékek és kapcsolódó szolgáltatások igénybevételéhez valós, működő egyéni email címmel szükséges rendelkeznem.
Tudomásul veszem, hogy a vizsgálat elvégzéséhez széklet minta gyűjtésére van szükség.
Kifejezetten hozzájárulok, hogy a SYNLAB Hungary Kft. az általam vett mintát alvállalkozója, a SYNLAB MVZ Leinfelden GmbH Dr. Bayer részére továbbítsa a vizsgálat elvégzése céljából. A fent írtakra is tekintettel saját elhatározásomból beleegyezem a vizsgálat elvégzésébe.
Nyilatkozom, hogy a jelen vizsgálatkérő lap fejlécében jelölt egészségügyi szolgáltatás igénybevételével összefüggésben irányadó Általános Szerződési Feltételeket és Kiegészítő Általános Szerződési Feltételeket megismertem, az azokban foglaltakat tudomásul vettem és elfogadom.
Nyilatkozom, hogy a jelen vizsgálatkérő lap fejlécében jelölt egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó termékismertetőt elolvastam, megértettem, és az abban foglaltakat tudomásul vettem és elfogadom.

Páciens vagy törvényes képviselő aláírása: *
Signature of the patient or legal representative _____

Dátum (év/hónap/nap): *
Date (year/month/day) / /