

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S PROVEDENÍM RYCHLÉHO ANTIGENNÍHO TESTU NA ONEMOCNĚNÍ COVID-19

Jméno a příjmení:
Rodné číslo:
Zdravotní pojišťovna:
Povolání:
Adresa trvalého bydliště:
Telefon:

tímto projevuji svůj souhlas s provedením testování na onemocnění COVID-19 pomocí antigenního testování.

Podpisem tohoto informovaného souhlasu prohlašuji, že:

- nevykazují žádné známky akutního respiračního onemocnění, tj. tělesnou teplotu nad 37,0 C, suchý kašel, zažívací potíže, ztrátu čichu a chuti,
- v současné době se na mne nevztahuje žádné z karanténních opatření,
- mi bylo umožněno klást doplňující otázky vztahující se k prováděné zdravotní službě (antigennímu testování), které mi byly srozumitelně zodpovězeny,
- jsem byl seznámen s metodou provedení testu výtěrem z nosohltanu, nosní sliznice či krku a jeho rizicích,
- tento souhlas uděluji svobodně, a nikoliv pod nátlakem.

Jsem srozuměn/a s tím, že cena za provedení rychlého antigenního testu je 201,- Kč, kterou jsem povinen uhradit na recepci příslušného hotelu před provedením testu.

Nárok na provedení rychlého antigenního testu bez úhrady v intervalu nejvýše 1x za 7 dní mají pouze:

- a) osoby, kterým test indikuje lékař nebo krajská hygienická stanice z důvodu podezření na onemocnění covid-19,
- b) osoby do dovršení 18 let věku,
- c) osoby, které se nemohou očkování proti onemocnění covid-19 podrobit pro kontraindikaci, tuto skutečnost je osoba povinna prokázat lékařskou zprávou obsahující výslovné informace o tom, že osoba se nemůže ze zdravotních důvodů očkování proti onemocnění covid-19 podrobit, pokud tato skutečnost není uvedena v ISIN,
- d) osoby očkované proti onemocnění covid-19 alespoň jednou dávkou očkovací látky, tuto skutečnost je osoba povinna prokázat.

Jsem srozuměn/a s tím, že pokud bude výsledek antigenního testování na onemocnění COVID-19 pozitivní, jsem povinen/povinna postupovat dle aktuálně platných a účinných nařízení vlády ČR a dalších

právních předpisů. Doporučeno je kontaktovat praktického lékaře a podstoupit testování konfirmační metodou RT-PCR na průkaz přítomnosti viru.

Současně tímto uděluji souhlas se shromažďováním, uchováním a zpracováním mých osobních údajů zpracovatelem Lázně Luhačovice, a.s. v rozsahu jméno a příjmení, rodné číslo, údaj o místě trvalého pobytu a telefon, a to pro účely archivace tohoto informovaného souhlasu po dobu určenou právními předpisy pro archivaci zdravotní dokumentace a povinná hlášení do Informačního systému infekčních nemocí.

Dne Podpis klienta nebo jeho zákonného zástupce