

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S PROVEDENÍM ANTIGENNÍHO TESTOVÁNÍ 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:

- nevykazuji 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,
- jsem v posledních 7 dnech nepodstoupil POC antigenní test s negativním výsledkem,
- 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 za účelem provedení bezplatného antigenního testování jsem povinen předložit potvrzení o absolvování POC antigenního testu v intervalu ne kratším než 7 dní, v opačném případě je cena za provedení POC antigenního testu 201,- Kč.

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