**RNA Koronavírus COVID-19 – Hradí zdravotná poisťovňa**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodné číslo /** **ID pacienta** |  | **Dátum narodenia** |  | [ ]  muž [ ]  žena |
| **Priezvisko** |  | **Diagnóza** | **U07.2** | **Jazyk výsledku** |
| **Meno** |  | **Poisťovňa pacienta** |  |  |
| **Mobilné číslo** |  | **Email** |  |
| **Bydlisko** |  |
| **Covid Pass** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Spôsob platby** | **Zdravotná Poisťovňa** | **Dátum a čas odberu** |  |
| **Kód PZS** |  |  |
| **Kód lekára** |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **Informovaný súhlas:****Podpísaním tohto súhlasu vyhlasujem, že:**a) pred uskutočnením Vyšetrení som bol zrozumiteľne, ohľaduplne a bez nátlaku informovaný o účele, povahe, možnostiach, ďalších alternatívach, následkoch a rizikách Vyšetrení (§ 6 zákona č. 576/2004 Z. z.) a mal som možnosť sa slobodne rozhodnúť pre Vyšetrenie;b) som bol poučený, že pri elektronickom doručení výsledkov Vyšetrení mi budú tieto sprístupnené len po uvedení dohodnutého hesla, ktoré som povinný chrániť pred stratou alebo vyzradením tretím osobám neoprávneným oboznamovať sa s výsledkami Vyšetrení;c) som si vedomý, že výsledok vyšetrenia bude odoslaný na UVZ SR, ktoré bude postupovať v zmysle usmernenia Usmernenie hlavného hygienika Slovenskej republiky v súvislosti s ochorením COVID-19 spôsobeným koronavírusom SARS-CoV-2 **Podpísaním tohto súhlasu beriem na vedomie, že:**a) Poskytovateľ je ako prevádzkovateľ oprávnený spracúvať moje osobné údaje uvedené v žiadanke ako aj samotnú vzorku za účelom Vyšetrenia ako aj na vedecké a akademické účely priamo na základe právnych zdravotníckych predpisov, Nariadenia GDPR č. 2016/679 a zákona č. 18/2018 Z. z. (ďalej len „Predpisy o ochrane OÚ“);b) informácie o rozsahu práv týkajúcich sa mojich osobných údajov, vrátane práva podať sťažnosť dozornému orgánu a práva odvolať súhlas v niektorých prípadoch Poskytovateľ zverejnil na webstránke www.laboratornadiagnostika.sk/osobneudaje;c) pre dosiahnutie účelu poskytnutia osobných údajov je Poskytovateľ oprávnený sprístupniť moje osobné údaje sprostredkovateľom, a to najmä spoločnostiam v rámci skupiny MEDIREX GROUP, ako sú označené na stránke www.laboratornadiagnostika.sk/osobneudaje;d) zodpovednú osobu Poskytovateľa v oblasti ochrany osobných údajov môžem kontaktovať emailom na emailovej adrese dpo@medirex.sk; e) Poskytovateľ nenesie zodpovednosť za následky, ktoré môžu vzniknúť v dôsledku toho, že som poskytol Poskytovateľovi nepravdivé alebo neúplné informácie pri vstupnej konzultácii pred Vyšetrením, alebo som pre Vyšetrenie poskytol vzorku, ktorá nebola odobratá priamo Poskytovateľom;f) Poskytovateľ si vyhradzuje právo niektoré parametre vzorky vyšetriť, len ak sú dané parametre indikované mojím ošetrujúcim lekárom; g) výsledky Vyšetrení nie je možné použiť na právne účely a sú informatívne, poskytnutie samotných výsledkov Vyšetrení ani následná interpretácia Výsledkov Poskytovateľom alebo mnou samotným nenahrádza rozhodnutie lekára o zvolenom postupe stanovenia diagnózy a na ňu nadväzujúce určenie liečby, a že Poskytovateľ v tomto smere nepreberá žiadnu zodpovednosť;h) Poskytovateľ zašle moje výsledky Vyšetrenia na mnou uvedené kontaktné údaje na tejto žiadanke.  ...................................................................................... ................................................................................................ Dátum udelenia informovaného súhlasu podpis pacienta |