**Žiadosť o vyšetrenie SARS-CoV-2**

**Žiadateľ - samoplatca**

Meno a priezvisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trvalé bydlisko (ulica a č., mesto, PSČ, štát): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum narodenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefónne číslo (k odoslanie výsledku vyšetrenia): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Požadované vyšetrenie:**

☐ **SARS CoV2 RNA PCR**

☐ zrýchlené PCR vyšetrenie (*odber vzorky vždy najneskôr o 14:00 hod. v danom dni*)

* formou odberu:

☐ výter

☐ kloktanie

☐ sliny

☐ **Antigénové vyšetrenie SARS CoV2**

Potvrdzujem riadne oboznámenie sa s pokynmi a informáciami o odbere vzorky a o povahe, účele, spôsobe požadovaného vyšetrenia SARS-COV-2 a jeho výsledku a s ním spojenými limitmi a o podmienkach spracúvania osobných údajov poskytovateľom Unilabs Slovensko, s. r. o., IČO: 31 647 758, (ďalej len „poskytovateľ“) na základe plnenia zákonných povinností pri vykonaní vyšetrenia, a udeľujem informovaný súhlas k odberu biologického materiálu a k realizácii požadovaného vyšetrenia poskytovateľom a bez výhrad súhlasím so zaslaním výsledku vyšetrenia cestou sms na poskytnuté telefónne číslo.

Viac informácií o spracovaní osobných údajov a o právach je k dispozícii na https://www.unilabs.sk/ochrana-udajov a o spracúvaní osobných údajov poskytovateľom pri vykonávaní vyšetrení pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti na www.unilabs.sk/files/Information\_Notice\_Patients\_20180523\_final.pdf

Som oboznámený, že výsledok vyšetrenia SARS-COV-2 bude zároveň sprístupnený na webovom portáli Národného centra zdravotníckych informácií a odoslaný na UVZ SR, ktorý bude postupovať v zmysle usmernenia Usmernenie hlavného hygienika Slovenskej republiky v súvislosti s ochorením COVID 19 spôsobeným koronavírusom SARS-CoV-2 a prípadne iným orgánom v rozsahu, v akom je poskytovateľ povinný podľa všeobecne záväzných právnych predpisov povinný.

Beriem na vedomie, že vykonanie Vyšetrenia SARS-COV-2 sa riadi právnymi podmienkami upravujúcimi poskytovanie zdravotnej starostlivosti v rámci zmluvného vzťahu medzi žiadateľom a poskytovateľom.

Potvrdzujem správnosť poskytnutých údajov a prehlasujem, že som porozumel všetkým poučeniam a súhlasom, ktoré mi boli zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku oznámené, vysvetlené a poskytnuté, s možnosťou a dostatočným časom sa slobodne rozhodnúť.

Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Žiadateľ:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis