



HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

SARS-CoV-2 vírus szűrés elvégzéséhez és az adatok kezeléséhez

PCR AG AT CENTAUR SÜRGŐSSÉGI
PCR+FLU ELISA-IgG SEJTES IMMUNITÁS KÉSZPÉNZ

BANKKÁRTYA

Mintaazonosító:

ÁTUTALÁS

Mintavétel időpontja (éééé.hh.nn. óó:pp):

Számlázási név: számla kiállítva

Alulírott

Név:

Nem: férfi nő

Születési hely, idő:

Lakcím:

Állampolgárság:

TAJ szám (ha nincs, útlevél/személyi):

E-mail:

Telefonszám:

Oltás ideje, típusa:

Tünetek kezdete:

Neomedical Ambulance Service Kft.

betegszállítás - betegtaxi - oktatás - mozgóórség - rendezvénybiztosítás - Covid tesztelés



Anyja neve:

Háziorvos neve, elérhetősége:

Testhő jelenleg: °C

Előző 14 napban

Láz (≥38°C): IGEN / NEM	Köhögés: IGEN / NEM	Nehézlégzés: IGEN / NEM
Hirtelen kezdetű szaglászvesztés:		IGEN / NEM
Hirtelen kezdetű ízézés hiánya vagy zavara:		IGEN / NEM
COVID-19 fertőzésre jellemző radiológiai eltérés:		IGEN / NEM
COVID-19 fertőzés orvosi gyanúja:		IGEN / NEM
Járt-e kockázatos területen:		IGEN / NEM
Előző 14 napban volt-e szoros kapcsolatban COVID-19 fertőzött személlyel:		IGEN / NEM
Járóbeteg-szakellátásra vagy fekvőbeteg ellátásra szorul:		IGEN / NEM
Közvetlen betegellátásban résztvevő dolgozó:		IGEN / NEM
Tünetek kezdett megelőző 14 napban volt-e olyan bentlakásos intézmény lakója vagy dolgozója, ahol jelen kockázati csoportba tartozó személyeket gondoztak:		IGEN / NEM

Nyilatkozom, hogy a Neomedical Ambulance Service Kft.-től mint Adatkezelőtől a mintaadás előtt tájékoztatást kaptam a vizsgálati protokollról, a mintafeldolgozó kilétéről, valamint adataim kezelésének részleteiről, a csatolt tájékoztatót elolvastam, megértettem. Kérdéseket tehettem fel és ezekre a felvilágosítást adó személy az anyanyelvemen, számomra kielégítő és érthető válaszokat adott, a mintavételi útmutató előírásait megismertem és betartom.

Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom arról, hogy a fent megadott adatok a valóságnak megfelelnek.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a tőlem levett mintából szűrés céljából a SARS-CoV-2 vizsgálatot elvégezzék, a mintámat, megadott személyazonosító adataimat, illetve a vizsgálattal kapott adatokat együttesen, a vonatkozó adatvédelmi jogszabályok követelményeinek megfelelően kezeljék.

Hozzájárulok ahhoz, hogy az Adatfeldolgozó vagy az Adatkezelő a vizsgálati eredményt az általam megadott e-mail címre elektronikus formában juttassa el. Tudomásul veszem, hogy az interneten történő adatközlés a fenti biztonsági intézkedések mellett is kockázatokkal jár, amelyre az Adatkezelőnek nincs befolyása. A fenti kockázatot elfogadom.

Vállalom, hogy pozitív eredmény esetén követem a hivatalos járványügyi protokollnak megfelelő utasításokat.

Tudomásul veszem, hogy pozitív eredmény esetén az adataimat az aktuális érvényes EMMI kézikönyv, NNK eljárásrend és WHO iránymutatás alapján jogszabályi kötelezettségnek megfelelően kezelik és továbbítják.

Tudomásul veszem, hogy a mintavételi tájékoztatóban foglaltak be nem tartásából származó esetleges hibás mintavételért, az ebből fakadó álnegatív eredményért a mintafeldolgozó felelősséget nem vállal.

Tudomásul veszem, hogy bármely adat hiányában a vizsgálatot a mintafeldolgozónak nem áll módjában elvégezni.

Tudomásul veszem, hogy a mintából készült oldat 14 napon belül megsemmisítésre kerül.

Kelt:, 2021.

.....
aláírás

*18 éven aluli személy esetén a hozzájárulást a törvényes képviselőnek kell megadni.

(Cselekvőképtelen kiskorú, vagy egyébként cselekvőképtelen személy esetén a hozzájárulást törvényes képviselője adhatja meg. Korlátozottan cselekvőképes kiskorú, vagy e tekintetben egyébként korlátozottan cselekvőképes személy hozzájárulása törvényes képviselőjének hozzájárulásával együtt érvényes.)