

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S PROVEDENÍM ANTIGENNÍHO
TESTOVÁNÍ NA ONEMOCNĚNÍ COVID-19**

Já, níže podepsaný/á,

JMÉNO A PŘÍJMENÍ: _____

RODNÉČÍSLO : _____

TRVALÝ POBYT: _____

TEL.: _____

JMÉNO A PŘÍJMENÍ KLIENTA

tímto projevuji svůj souhlas s provedením testování na onemocnění COVID-19 pomocí antigenního testování (POC testu na přítomnost antigenu viru SARS CoV-2) pro účel návštěvy poskytovatele sociálních služeb Domov důchodců Černožice, IČ 00579017, Revoluční 84, 503 04 Černožice.

Podpisem tohoto informovaného souhlasu prohlašuji, že:

- Jsem byl seznámen s metodou provedení testu výtěrem z nosohltanu, jenž provádí pouze zdravotnický pracovník-tento souhlas uděluji svobodně, a nikoliv pod nátlakem,
- nevykazuji žádné známky akutního respiračního onemocnění,
- v současné době se na mne nevztahuje žádné z karanténních opatření,
- jsem byl/a před provedením zdravotní služby (antigenního testování) dostatečně informován/a o účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů,
- mi bylo umožněno klást doplňující otázky vztahující se k prováděné zdravotní službě (antigennímu testování), které mi byly srozumitelně zodpovězeny.
- jsem byl/a informována o rizicích a možných vedlejších účincích či projevech poskytované zdravotní služby (antigenního testování),
- jsem byl/a dostatečně a srozumitelně informován/a o všech dalších skutečnostech dle ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.
- 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 Domov důchodců Černožice, IČ 00579017, Revoluční 84, 503 04 Černožice 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 dále pro účely nároku poskytovatele sociálních služeb na zpětnou refundaci nákladů na test a jeho výkon. Jako subjekt údajů prohlašuji, že jsem si vědom svých práv dle kapitoly III nařízený GDPR. Tento informovaný souhlas a čestné prohlášení je pořizován ve smyslu bodu I. odst. 3 usnesení Vlády České republiky ze dne 30. listopadu 2020, č. 1264, o přijetí krizového opatření.

datum a podpis

Test byl proveden s výsledkem

NEGATIVNÍM - POZITIVNÍM

datum a podpis zástupce poskytovatele sociálních služeb