

Souhlas s poskytnutím výsledků laboratorního vyšetření a předání osobních údajů k přípravě e-žádanek

Já, níže podepsaná/ý _____, r.č. _____,

bytem: _____,

zákonný zástupce* nezl. _____, r.č. _____,

bytem: _____

beru na vědomí, že dle zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů mám právo určit osoby, kterým mohou být poskytnuty informace o mém zdravotním stavu/o zdravotním stavu nezletilého/ho, mám právo určit rozsah podání těchto informací a mohu určit, zda mají tyto osoby právo na nahlížení do mé zdravotnické dokumentace/zdravotnické dokumentace nezletilého a pořízení jejích výpisů nebo kopií. Mám též právo určit osoby, kterým informace být poskytnuty nesmí.

Na základě výše uvedeného **SOUHLASÍM**, aby poskytovatel zdravotních služeb, společnost Synlab Czech s.r.o., se sídlem Sokolovská 100/94, Karlín, 186 00, Praha 8, IČO: 496 88 804 (dále jen „Laboratoř“), poskytla výsledky laboratorního vyšetření na přítomnost koronaviru SARS-CoV-2 formou pooling testování, jakož i metodou zpracování RT-PCR, a to níže uvedeným osobám ze společnosti:

Základní škola a Mateřská škola Strupčice, okres Chomutov

se sídlem: Strupčice 29, 431 14, IČO: 46787704.

(dále jen „Právnícká osoba“)

1) Jméno a příjmení: Mgr. Bc. Jana Mišková

e-mail: reditelna@strupcice.cz, tel.: +420 739 073 158

Rozumím tomu, že určení osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o zdravotním stavu mohu kdykoliv odvolat.

Dále **souhlasím – nesouhlasím**** s tím, aby shora uvedená Právnícká osoba poskytla Laboratoři mé osobní údaje/osobní údaje nezletilého, a to pro účely přípravy e-žádanek pro zpracování laboratorního vyšetření na přítomnost koronaviru SARS-CoV-2 formou pooling testování, jakož i metodou zpracování RT-PCR, a to v rozsahu: Jméno a Příjmení testované osoby, rodné číslo testované osoby, adresa bydliště testované osoby, pohlaví testované osoby, datum narození testované osoby, zdravotní pojišťovna testované osoby, datum odběru, čas odběru, telefonní číslo, na které bude zaslán výsledek testu a e-mail, na který bude zaslán výsledek testu.

V _____, dne _____

Jméno a příjmení

podpis

* Vyplňte pouze, vyplňujete-li souhlas jako zákoný zástupce

** Nehodící se škrtněte