

SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

s provedením testu na onemocnění virem COVID-19

Já níže podepsaný/á (rodič/zákonný zástupce)

Jméno a příjmení: _____

Trvale bytem: _____

E-mail: _____

Tel.: _____

tímto jako zákonný zástupce nezletilý/ho

Jméno a příjmení: _____

Narozen/a: _____

Trvale bytem: _____

RČ: _____

Zdravotní pojišťovna: _____

Beru na vědomí, že je nezbytné, aby nezletilý před testováním předal testujícímu zdravotníkovi tento souhlas.
BEZ PŘEDLOŽENÍ PODEPSANÉHO SOUHLASU ZDRAVOTNÍKOVÍ NEMŮŽE BÝT NEZLETILÝ TESTOVÁN.

Prohlašuji, že souhlasím s tím, aby nezletilému byla poskytnuta zdravotní služba spočívající v provedení preventivního testu hrazeného ze zdravotního pojištění, a to na onemocnění virem COVID-19 metodou RT-PCR anebo antigenním testem s neinvazivním odběrem z úst, jež slouží k prokázání přítomnosti viru SARS-Cov-2 v organismu, a to ze strany registrovaného poskytovatele zdravotních služeb společnosti GHC Genetics s.r.o., IČ 28188535 anebo NutriMed, s.r.o, IČ: 09749438.

Beru na vědomí, že v souvislosti s touto agendou bude docházet ke zpracování výše uvedených osobních údajů, ke kterému bude docházet na základě článku 6 odst. 1 písm. c) Obecného nařízení o ochraně osobních údajů – GDPR, jelikož zpracování výše uvedených osobních údajů je nezbytné pro splnění právní povinnosti.

V této souvislosti dále prohlašuji, že jsem byl/a informován/a o zpracování osobních údajů.

Dále prohlašuji, že souhlasím s tím, aby výsledek shora specifikovaného testu byl sdělen přímo nezletilému a vedení školského zařízení.

V _____ dne _____

PODPIS RODIČE/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

RT-PCR test (neinvazivní odběr z úst) je výrazně přesnější laboratorní test než antigenní. Odhalí přítomnost viru v těle několik dní předtím, než se u nemocného projeví příznaky a začne být infekční. Zaručuje tak významně vyšší míru prevence před dalším šířením nákazy v kolektivu. Výsledek ze zákona nejpozději do 48 h (často i v den odběru podle vytíženosti laboratoří).

SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

s provedením testu na onemocnění virem COVID-19

Já níže podepsaný/á (rodič/zákonný zástupce)

Jméno a příjmení: _____

Trvale bytem: _____

E-mail: _____

Tel.: _____

tímto jako zákonný zástupce nezletilý/ho

Jméno a příjmení: _____

Narozen/a: _____

Trvale bytem: _____

RČ: _____

Zdravotní pojišťovna: _____

Beru na vědomí, že je nezbytné, aby nezletilý před testováním předal testujícímu zdravotníkovi tento souhlas.
BEZ PŘEDLOŽENÍ PODEPSANÉHO SOUHLASU ZDRAVOTNÍKOVÍ NEMŮŽE BÝT NEZLETILÝ TESTOVÁN.

Prohlašuji, že souhlasím s tím, aby nezletilému byla poskytnuta zdravotní služba spočívající v provedení preventivního testu hrazeného ze zdravotního pojištění, a to na onemocnění virem COVID-19 metodou RT-PCR anebo antigenním testem s neinvazivním odběrem z úst, jež slouží k prokázání přítomnosti viru SARS-Cov-2 v organismu, a to ze strany registrovaného poskytovatele zdravotních služeb společnosti GHC Genetics s.r.o., IČ 28188535 anebo NutriMed, s.r.o, IČ: 09749438.

Beru na vědomí, že v souvislosti s touto agendou bude docházet ke zpracování výše uvedených osobních údajů, ke kterému bude docházet na základě článku 6 odst. 1 písm. c) Obecného nařízení o ochraně osobních údajů – GDPR, jelikož zpracování výše uvedených osobních údajů je nezbytné pro splnění právní povinnosti.

V této souvislosti dále prohlašuji, že jsem byl/a informován/a o zpracování osobních údajů.

Dále prohlašuji, že souhlasím s tím, aby výsledek shora specifikovaného testu byl sdělen přímo nezletilému a vedení školského zařízení.

V _____ dne _____

PODPIS RODIČE/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

RT-PCR test (neinvazivní odběr z úst) je výrazně přesnější laboratorní test než antigenní. Odhalí přítomnost viru v těle několik dní předtím, než se u nemocného projeví příznaky a začne být infekční. Zaručuje tak významně vyšší míru prevence před dalším šířením nákazy v kolektivu. Výsledek ze zákona nejpozději do 48 h (často i v den odběru podle vytíženosti laboratoří).