

# ŽÁDANKA S INFORMOVANÝM SOUHLASEM K VYŠETŘENÍ SARS-COV-2

## (A) OSOBNÍ ÚDAJE VYŠETŘOVANÉ OSOBY

příjmení a jméno .....  
 číslo pojištěnce / rodné číslo ..... národnost .....  
 pohlaví muž  žena  státní příslušnost .....  
 adresa ..... datum narození\* .....  
 kontaktní telefon ..... místo narození\* .....  
 diagnóza ..... cestovní doklad\* .....  
 zdravotní pojišťovna ..... číslo el. žádanky .....

\*Pouze pro potřeby Lékařského potvrzení při překročení hranic ČR (cestovní certifikát)

## (B) DODANÝ MATERIÁL

datum odběru ..... čas odběru ..... OC/OM .....  
 indikující zařízení ..... IČP ..... ODB .....  
 primární vzorek  výtěr z nosohltanu  výplach dutiny ústní a hltanu (kloktání)  sliny  výtěr z krku  
 tracheální aspirát  sputum  BAL

## (C) POŽADOVANÁ VYŠETŘENÍ

**Přímý průkaz virové RNA metodou real-time PCR s flourescenčními sondami**  
 indikace  diagnostické  preventivní  konfirmační RT PCR  diskriminační RT PCR  
 **Antigenní test na COVID-19**  
 **Preventivní screeningové vyšetření metodou poolování**

## (D) POSTUP S ODEBRANÝM VZORKEM

Po provedení laboratorního vyšetření bude mnou poskytnutý vzorek uskladněn po dobu nezbytně nutnou dle aktuálně platných metodických pokynů příslušného orgánu státní správy a následně zlikvidován v souladu s interní směrnicí laboratoře.

## (E) GDPR

Souhlasím, aby pracoviště GENvia, s.r.o. využilo mnou poskytnuté osobní a zdravotní údaje pro interní evidenci a správné stanovení výsledků výše uvedených vyšetření, včetně následné interpretace. Při shromažďování a zpracování osobních údajů bude dodrženo Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů. Osobní údaje budou zpracovávat zaměstnanci pracoviště GENvia, s.r.o. a mohou být poskytnuty příslušné zdravotní pojišťovně, indikujícímu lékaři, na vyžádání i oprávněným dozorovým orgánům (např. ČIA nebo SÚKL), případně orgánům státní správy (např. ÚOOÚ nebo FÚ).

Prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku z mého těla a s provedením výše uvedeného genetického laboratorního vyšetření.

PODPIS .....

DATUM .....