

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

<b>Jméno, příjmení klienta:</b>	
Datum návštěvy:	
Čas návštěvy:	
Pokoj č.:	

<b>Jméno, příjmení návštěvy</b>	
Rodné číslo:	
Tel. kontakt:	
Adresa bydliště:	

**Před návštěvou klienta v DOMOVĚ U SPASITELE střediska Husitské diakonie**

**PROHLAŠUJI, ŽE:**

- Souhlasím s provedením POC antigenního testu na přítomnost antigenu viru SARS CoV-2 pro účel návštěvy poskytovatele sociálních služeb DOMOVA U SPASITELE střediska Husitské diakonie.
- Byl/a jsem seznámen s metodou provedení testu výtěrem z nosohltanu a zpracováním vzorku.
- Tento souhlas uděluji svobodně a nikoliv pod nátlakem.
- Nevykazuji žádné známky akutního respiračního onemocnění.
- V současné době se na mě nevztahuje žádné z karanténních opatření.
- Byl/a jsem 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.
- Bylo mi umožněno klást doplňující otázky vztahující se k prováděné zdravotní službě (antigennímu testování), které mi byly srozumitelně zodpovězeny.
- Byl/a jsem před provedením zdravotní služby (antigenního testování) dostatečně informován/a o možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu podle ustanovení § 32 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.
- Byl/a jsem informována o rizicích a možných vedlejších účincích či projevech poskytované zdravotní služby (antigenního testování).

- Byl/a jsem 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 řídit se jeho pokyny.
- Současně tímto uděluji souhlas se shromažďováním, uchováním a zpracováním mých osobních údajů zpracovatelem DOMOV U SPASITELE středisko Husitské diakonie, se sídlem Máchova 650, Frýdlant, 464 01 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 návštěvy

Výsledek testu:

NEGATIVNÍ

POZITIVNÍ

.....

Datum a podpis poskytovatele sociálních služeb