

## Opakovaný Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce)

s léčebným postupem podle § 34 a § 35 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

### neinvazivní PCR test žvýkací metodou pro vyšetření na COVID- 19

**Zákonný zástupce (rodič):** .....  
**Příjmení a jméno pacienta (dítě):** .....  
**Rodné číslo dítěte:** .....

#### Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Zdravotní výkon se provádí za účelem diagnostiky vysoce nakažlivé nemoci COVID-19 způsobené koronavirem SARS-CoV-2.

#### Vyšetření bude probíhat takto:

Před výkonem 30 minut nejíst.

#### Průběh vyšetření:

PCR bude odebráno formou – neinvazivního odběru. Test (PCR sada) – obsahuje houbičku, kterou si dítě vloží do úst, 1 minutu jí cucá (nekouše), ona nasaje sliny. Pak vloží zpátky do zkumavky.

#### Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Žádná omezení nejsou nutná, vyjma protiepidemických opatření souvisejících s vysoce nakažlivou nemocí Covid-19.

**Úhrada vyšetření:** Cena vyšetření bude hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění, je-li pacient pojištěncem smluvní zdravotní pojišťovny poskytovatele a je-li vyšetření podle příslušných předpisů hrazeno. Cena vyšetření pro samoplátce činí 200 Kč za každé vyšetření; poskytovatel si vyhrazuje právo na změnu ceníku, o čemž bude pacienta závčas informovat.

#### Prohlášení zdravotnického pracovníka:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta seznámil před odběrem se způsobem odběru. Vysvětlil jsem pacientovi všechny náležitosti ohledně způsobu testování a následnou distribuci výsledků.

V Chrašticích, dne:

*jméno a podpis zdravotnického pracovníka*

#### Souhlas pacienta

Já, níže podepsaný/á prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně informován/a o účelu, povaze a průběhu výkonu a byla/a jsem informován/a i o možných rizicích tohoto výkonu. Byl jsem předem informován o ceně zdravotních služeb, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

**Pro účely opakovaného provádění testů na koronavirus se tento souhlas uděluje na dobu určitou do dne 30. 6. 2022.**

V Chrašticích, dne: 16.11.2021

.....  
*Podpis pacienta (či zákonného zástupce)*

Příjmení a jméno pacienta:
Rodné číslo (Číslo pojištění): Datum narození:
Adresa bydliště (včetně PSČ):
Mobilní telefon:
Národnost:
Pojišťovna

Pacient tímto uděluje souhlas s tím, aby do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi poskytovatelem zdravotních služeb společnosti

1. **PRONATAL s.r.o.**, IČ 04614283, se sídlem Antala Staška 1670/80, Krč, 140 00 Praha 4,
2. **SPADIA LAB, a.s.**, IČ 28574907, se sídlem Frenštát pod Radhoštěm, Rožnovská 241,
3. **GHC GENETICS, s.r.o.**, IČ 28188535, se sídlem Praha 1, Krakovská 8/581,

nahlížela níže uvedená osoba, a to v nezbytném rozsahu pro předání výsledků testů na výskyt viru SARS-CoV-2 (dále jen „koronavirus“).

### **Tento souhlas konkrétně pacient uděluje své škole.**

Jméno / název: Základní škola a mateřská škola Chraštica
IČ: 68998503
Se sídlem: Chraštica 44, 26272 Březnice

(dále jen „škola“)

a to výhradně za účelem předávání výsledků testů na koronavirus, které pacient podstoupil u společnosti PRONATAL.

Pacient dále souhlasí i s pořizováním kopií a výpisů ze zdravotnické dokumentace ze strany Školy v rozsahu výsledků testů na koronavirus.

Škola je oprávněna nahlížet do výsledku testování.

Tento souhlas se uděluje ve smyslu ust. § 65 odst. 1 písm. b) zák. č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

**Pro účely opakovaného provádění testů na koronavirus se tento souhlas uděluje na dobu určitou do dne 30. 6. 2022.**

**Při změně jakýchkoliv údajů je pacient povinen znovu tento souhlas vyplnit a podepsat.**

V Chrašticích dne 16.11.2021

.....  
podpis pacienta (zákonného zástupce)