

Příjmení a jméno pacienta:

Rodné číslo (íslo Pojištěnce):

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 společností PRONATAL s.r.o., IČ 04614283, se sídlem Antala Staška 1670/80, Krč, 140 00 Praha 4, nahlížela níže uvedená škola, a to v nezbytném rozsahu pro předání výsledků testů na výskyt viru SARS-CoV-2 (dále jen „koronavirus“).

**Tento souhlas pacient (zákonný zástupce) konkrétně uděluje škole:**

<b>Základní škola a Mateřské školy, Praha 4, Mendíků 2</b>
--

<b>IČ: 60435348</b>
---------------------

<b>Se sídlem: Mendíků 2/1000, Praha 4 – Michle, 140 00</b>
--

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

Pacient (zákonný zástupce) dále souhlasí s pořizováním kopií a výpisů ze zdravotnické dokumentace ze strany školy v souvislosti s výsledky 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 31. 12. 2021.**

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

V Praze dne :

.....  
podpis pacienta (zákonného zástupce)

**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 z dutiny ústní 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.

**Průběh vyšetření:**

Vyšetření bude prováděno neinvazivní metodou. PCR bude odebráno formou – neinvazivního odběru.

**Test (PCR sada) obsahuje:**

- houbičku, kterou si dítě vloží do úst
- houbičku ponechá minutu v puse, nekouše ji
- houbička nasaje sliny
- houbičku vloží zpátky do zkumavky, která bude označena identifikačním kódem
- PCR test bude předán do laboratoře k vyhodnocení

**Výsledky testu budou oznámeny zákonnému zástupci formou SMS nejpozději do 24 hodin.**

**Potvrzení bude k dispozici ve formě PDF volně stažitelné dle pokynů v SMS.**

**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.

**Prohlášení zdravotnického pracovníka:**

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) srozumitelným způsobem informoval o jeho zdravotním stavu (o zdravotním stavu osoby jím zastupované) a veškerých shora uvedených skutečnostech, plánovaném výkonu, léčebném postupu, a to včetně upozornění na možné komplikace.

*V Praze, dne:*

*jméno a podpis zdravotnického pracovníka*

**Souhlas pacienta (či zákonného zástupce)**

Já, níže podepsaný/á prohlašuji, že jsem byl/a zdravotnickým pracovníkem srozumitelně informován/a o účelu, povaze a průběhu výkonu a byla/a jsem informován/a i možných rizicích tohoto výkonu.

**Pro účely opakovaného provádění testů na koronavirus se tento souhlas uděluje na dobu určitou do dne 31. 12. 2021.**

*V Praze, dne:*

*Podpis pacienta (či zákonného zástupce):*