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

**s platností od 8.6.2021**

Já, níže podepsaný/á,

JMÉNO A PŘÍJMENÍ: ...........................................................................................

RODNÉ ČÍSLO: ...........................................................................................

TRVALÉ BYDLIŠTĚ: ulice ………………………………………………… č. p. ………………..

město ………………………………………………………………………….

PSČ …………………………………………………………………………..

ČÍSLO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY: ...........................................................................................

TELEFON: ...........................................................................................

JMÉNO A PŘÍJMENÍ NAVŠTĚVOVANÉ OSOBY: ............................................................................

tímto projevuji svůj souhlas s provedením testování na onemocnění COVID-19 pomocí antigenního testování (POC testu na přítomnost antigenu viru SARS CoV-2) pro účel návštěvy poskytovatele sociálních služeb Domova pro seniory Kamenec, Slezská Ostrava, p. o.

Podpisem tohoto informovaného souhlasu prohlašuji že:

* jsem byl/a seznámen/a s metodou provedení testu výtěrem z nosohltanu, jenž provádí pouze zdravotnický pracovník,
* tento souhlas uděluji dobrovolně,
* jsem byl/a provedením zdravotní služby (antigenního testování) dostatečně informován/a o účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů,
* mi bylo umožněno klást doplňující otázky vztahující se k prováděné zdravotní službě (antigennímu testování), které mi byly srozumitelně zodpovězeny,
* jsem byl/a 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
* jsem byl/a informován/a o rizicích a možných vedlejších účincích či projevech poskytované zdravotní služby (antigenního testování),
* jsem byl/a 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 podstoupit testování konfirmační metodou RT-PCR na průkaz přítomnosti viru.

**Testovaná osoba bere na vědomí, že je poučena o tom, že v případě uvedení nepravdivých údajů o své osobě, na základě nichž nebude POC test na přítomnost antigenu viru SARS CoV-2 zdravotní pojišťovnou uhrazen naší organizaci, bude testovaná osoba povinna neprodleně celkovou cenu neuznaného testu naší organizaci uhradit v hotovosti nebo na běžný účet, a to na základě písemné výzvy organizace.**

**V případě neuhrazení dlužné částky za neuznaný test bude dluh organizací vymáhán právní cestou.**

Současně tímto uděluji souhlas se shromažďováním, uchováním a zpracováním mých osobních údajů zpracovatelem Domov pro seniory Kamenec, p. o., IČ 70631816, se sídlem Bohumínská 1056/71, 710 00 Slezská Ostrava v rozsahu jméno a příjmení, rodné číslo, údaj o místě trvalého bydliště 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.

Dne: ............................... Podpis: .................................

Test byl proveden s výsledkem: NEGATIVNÍ POZITIVNÍ

Byl použit test **COVID-19 Antigen Test Kit (Colloidal Cold) Hangzhou Singclean Medical Products Co., Ltd**

Test byl proveden dne, čas: ........................................

Test provedl/a (podpis zaměstnance DPS Kamenec): ......................................