
Beleegyező nyilatkozat

SARS-CoV-2 vírus antigén gyorseszteszt elvégzéséhez az ERGO-Ambulance Kft. az Nemzetközi Oltóközpont Kft. Kft (továbbiakban, mint adatkezelő) részére.

Alulírott,

Név:.....

Születési hely, idő:.....

Anyja neve:.....

TAJ szám*:.....

Lakcím:.....

Telefonszám:.....

Email:.....

Email megerősítése:.....

Mintavétel ideje (óra, perc is):.....

Leletközlés nyelve (magyar/angol):.....

Ország, ahonnan a beutazás történt:.....

(*Amennyiben nem rendelkezik TAJ számmal az EU-kártya száma, nem EU-országból származó betegek esetén útleveleszám írandó be)

Nyilatkozom, hogy a mintaadás előtt tájékoztatást kaptam, a csatolt tájékoztatót elolvastam, megértettem. Előzetesen kérdéseket tehettem fel és ezekre a felvilágosítást adó személy az anyanyelvemen, számomra kielégítő és érthető válaszokat adott, a mintavételi útmutató előírásait megismertem és betartom.

Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom arról, hogy a fent megadott adatok a valóságnak megfelelnek.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a levett mintából előszűrés céljából a SARS-CoV-2 vizsgálatot elvégezzék, a mintámat, a személyazonosító adataimat, illetve a

vizsgálattal kapott adatokat együttesen, a vonatkozó adatvédelmi jogszabályok követelményeinek megfelelően kezeljék.

Vállalom, hogy pozitív eredmény esetén háziorvosomat soron kívül értesítem és követem a hivatalos járványügyi protokollnak megfelelő utasításokat.

Tudomásul veszem, hogy pozitív eredmény esetén az adataimat az aktuális érvényes EMMI kézikönyv, NNK eljárásrend és WHO guideline alapján jogszabályi kötelezettségnek megfelelően kezelik és továbbítják.

További információ kérése minden nap 8-18 óra között lehetséges a **+3670 390 09 36** telefonszámon.

Tudomásul veszem, hogy bármely adat hiányában a vizsgálatot a Minta feldolgozójának nem áll módjában elvégezni.

Kelt:, 2021.

.....
aláírás*

*18 éven aluli személy esetén a hozzájárulást a törvényes képviselőnek kell megadni.

(Cselekvőképtelen kiskorú, vagy egyébként cselekvőképtelen személy esetén a hozzájárulást törvényes képviselője adhatja meg. Korlátozottan cselekvőképes kiskorú, vagy e tekintetben egyébként korlátozottan cselekvőképes személy hozzájárulása törvényes képviselőjének hozzájárulásával együtt érvényes.

ERGO-Ambulance Kft-
1196 Budapest, Batthyány utca 182.
e-mail: ergoambulance@gmail.com
tel.: 06-30-351-8109