

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT SARS-COV-2 VIZSGÁLATHOZ

ÉRINTETT NEVE		
SZÜL. IDŐ	TAJ	

Amennyiben a vizsgált személy kiskorú vagy cselekvőképtelen, akkor szülő vagy gondviselő /törvényes képviselő adatai:

NÉV	
LAKCÍM	

**Alulírott**, (kiskorú, vagy korlátozottan cselekvőképes, ill. cselekvőképtelen érintett esetén szülő/törvényes képviselő) a SARS-COV-2 vizsgálataira vonatkozó betegtájékoztatóját elolvastam és az abban foglaltakat megértettem.

Lehetőségem volt konzultálni képzett egészségügyi szakemberrel. Tájékoztatót kaptam a mintavétel céljáról, a teszt megbízhatóságáról, a mintavételre vonatkozó lehetséges kockázatokról, a vizsgálat elvégzésének vagy elmaradásának előnyeiről és hátrányairól, a lehetséges eredmény engem és hozzátartozóimat érintő esetleges következményeiről, személyes és egészségügyi adataim védelemről és kezeléséről.

- Minden kérdésemre kiterjedő, teljes körű tájékoztatást kaptam, az elhangzott információkat megértettem és kérem a következő vizsgálat elvégzését:  **Elisa vizsgálat**  **SARS-COV-2 RT-PCR**  
 **COVID-19 gyorsteszt vizsgálat**
- Engedélyezem és kérem, hogy biológiai mintámból az előre meghatározott és általam elfogadott céllal vizsgálatotokat végezzenek.
- Hozzá járulok, hogy a vizsgálat elvégzésére alkalmas mintát (vérmintát szerológiához, felsőlégúti mintát RT-PCR vizsgálathoz, felsőlégúti mintát antigén vizsgálathoz) vegyenek tőlem.
- Tudomásul veszem, hogy a vizsgálat eredménye bizonyos esetekben nem szolgáltat megfelelő információt. Az okok a következők lehetnek: biológiai okok, technológiai okok, vagy ezek valamilyen kombinációja.
- A Falcon Ambulance Zrt. adatkezelésére vonatkozó információkat megismertem a betegtájékoztatóban ismertetett forrásokból. Tudomásom van arról, hogy a Falcon Ambulance Zrt. mint Adatkezelő személyes és egészségügyi adataimat a következő célokból kezeli: a kért vizsgálat elvégzése, a beküldővel és a pácienseivel való kommunikáció, valamint a hatóságok felé történő adatszolgáltatási kötelezettség céljából.
- Önkéntes, kifejezett, határozott és megfelelő tájékoztatáson alapuló hozzájárulásomat adom a Falcon Ambulance Zrt., mint Adatkezelő részére, hogy biológiai mintámat, személyes és különleges adataimat kezelje.

A jelen nyilatkozatban foglaltakat aláírással hitelesítem.

HELY	ÉRINTETT PÁCIENS VAGY TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ	MINTAVÉTELT VÉGZŐ/BEKÜLDŐ SZOLGÁLTATÓ
DÁTUM		PH.