

Formularz przed wykonaniem szybkiego testu na obecność we krwi przeciwciał przeciwko koronawirusowi SARS-Cov-2 lub na obecność wirusa SARS-Cov-2 w wydzielinie pobranej z górnych dróg oddechowych.

Obowiązek wskazania poniższych danych wynika z treści Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 08.12.2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz Ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Data

PESEL

Imię

Nazwisko

Numer telefonu

Adres zamieszkania:

Kod pocztowy

Miasto

Ulica

Nr domu/nr mieszkania

1. Czy w ostatnim czasie miałeś/łaś kontakt z osobą, u której stwierdzono lub podejrzewa się zakażenie SARS-CoV-2?

tak nie

2. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywałeś/łaś za granicą Polski?

tak Podaj nazwę kraju:

nie

3. Czy aktualnie lub w ciągu ostatnich 2 tygodni występowały u Ciebie któreś z objawów? Jeśli któryś objaw był albo jest obecny, należy dopisać, ile dni temu się zaczął.

kaszel, dni temu

gorączka (temperatura > 38° C), dni temu

duszność, dni temu

dreszcze, dni temu

ból gardła dni temu

wymioty/biegunka, dni temu

4. Oświadczenia:

Oświadczam, że przed wykonaniem testu zapoznałem się z informacją na temat testu (wraz z kartą interpretacji wyników i zaleceń) i są one dla mnie zrozumiałe. Wiem, że negatywny wynik testu nie daje 100% pewności że jestem zdrowa/y, zaś wynik pozytywny może oznaczać aktywne lub przebyte zakażenie – co wymaga weryfikacji za pomocą badania molekularnego.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez POLMED w celu wykonania badania na obecność we krwi przeciwciał przeciwko koronawirusowi SARS-Cov-2 (produkt: Core COVID-19 IgM/IgG Ab Test).

Wyrażam zgodę na otrzymywanie drogą elektroniczną na podany adres e-mail informacji handlowych dotyczących usług i produktów związanych z prewencją przed zakażeniem chorób zakaźnych, w tym koronawirusa.

KLAUZULA INFORMACYJNA

- Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO, POLMED S.A. z siedzibą w Starogardzie Gdańskim, osiedle Kopernika 21, będąc administratorem danych osobowych informuje, że przetwarza dane osobowe w celu:
 - realizacji usług medycznych (prowadzenie dokumentacji medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej oraz zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej, profilaktyki zdrowotnej medycyny pracy, zapewnienia zabezpieczenia społecznego) na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO,
 - weryfikacji danych podczas umawiania usługi – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c (wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze) oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO,
 - kontaktu telefonicznego lub za pośrednictwem e-mail w celu potwierdzenia rezerwacji, odwołania bądź zmiany terminu konsultacji lekarskiej oraz wysyłki informacji odnośnie przygotowania do badań lub zabiegów – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO (na podstawie umowy i prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora).
- Podanie danych jest niezbędne do świadczenia usług medycznych i wykonania badania na obecność we krwi przeciwciał przeciwko koronawirusowi SARS-Cov-2 (produkt: Core COVID-19 IgM/IgG Ab Test).
- Pacjentom przysługuje m.in. prawo dostępu do danych, ich sprostowania, aktualizacji, dostępu do kopii oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzoru.
- Prawo do ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu i usunięcia danych nie dotyczą danych zawartych w dokumentacji medycznej.
- Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych POLMED S.A. jest możliwy za pośrednictwem adresu mailowego daneosobowe@polmed.pl
- Szczegółowe informacje znajdują się w placówkach POLMED oraz na stronie internetowej <https://polmed.pl/polityka-prywatnosci/>

.....
(data i podpis Pacjenta)