**Hozzájáruló nyilatkozat**

SARS-CoV-2 vírus előszűrés **szerológiai gyorsteszt**tel és

**PCR-vizsgálat**tal (nemzetközi standardoknak megfelelő eljárással)

**KÉRJÜK, NYOMTATOTT BETŰKKEL TÖLTSE KI AZ ALÁBBI NYILATKOZATOT!**

**PLEASE FILL IN THE DECLARATION BELOW IN BLOCK LETTERS!**

**Alulírott**,

Név (Name) (In block letters):

Születési hely, idő (Birth of place, date yy.mm.dd):

Neme N/F (Sex Female/Male):

Anyja neve (Mother ’s name):

TAJ szám\* (Health card number):

Lakcím (Home address):

Telefonszám (Phone number):

Útlevél/ Szem.ig.szám (Passport/ ID number):

Nemzetiség (Nationality):

Szálláshely (Hotel/Motel address):

E-mail - Kérjük, olvashatóan töltse ki! (Readable!):

Háziorvos neve (Family doctor’s name):

Háziorvos telefonszáma (Family doctor’s phone number):

Mintavétel ideje - óra, perc (Sampling time – hour and minute):

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

Nyilatkozom, hogy az Erzsébet Fürdő Gyógyászati és Szűrőközponttól (Rock Oil Kft. 3530 Miskolc, Erzsébet tér 4. Adószám: 12639294-2-05), mint Adatkezelőtől a mintaadás előtt tájékoztatást kaptam a vizsgálatról, valamint az adataim kezelésének részleteiről, a csatolt tájékoztatót elolvastam, megértettem. Kérdéseimre 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 PCR** és/vagy **szerológiai gyorsteszt** vizsgálatot elvégezzék, a mintámat, a megadott személyazonosító adataimat, illetve a vizsgálattal kapott adatokat együttesen, a vonatkozó adatvédelmi jogszabályok követelményeinek megfelelően kezeljék.

Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy az Adatfeldolgozó (AVIDIN Kutató, Fejlesztő és Kereskedelmi Kft.) a vizsgálati eredményt az általam megadott e-mail címre elektronikus formában juttassa el titkosított dokumentum formájában.

Tudomásul veszem, hogy az interneten történő adatközlés a fenti biztonsági intézkedések mellett is kockázatokkal jár, amelyre az Adatkezelőnek nincs befolyása. A fenti kockázatot elfogadom.

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.

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

Tudomásul veszem, hogy a mintából készült oldat 30 napon belül megsemmisítésre kerül.

Kelt: , 2020. hó nap

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.)