CYTOGEN s.r.o.

Kutuzovova 23, 831 03 Bratislava
0907 665 035
info@meditesty.sk
www.meditesty.sk

Informovaný súhlas pacienta(ky) / zákonného zástupcu s vyšetrením

Číslo testu: _____

Meno a priezvisko pacienta: _____

Rodné číslo: _____ Dátum narodenia: _____

Telefón: _____ E-mail na zaslanie výsledkov vyšetrenia: _____

1. Názov výkonu (testu):
Real Time PCR Analýza

2. Informácie o potrebnom diagnostickom/liečebnom výkone, vrátane údajov o jeho účele, povahe a následkoch:
Laboratórne testovanie zaslanej vzorky je špecializované laboratórne vyšetrenie, ktoré by malo u vyšetrovanej osoby potvrdiť alebo vylúčiť prítomnosť patogénu, alebo mutácie v géne analýzou biologického materiálu. Testovanie, rovnako ako väčšina iných diagnostických postupov, je dobrovoľné a k jeho vykonaniu je nutný Váš formálny súhlas, pretože sa jedná o informácie vysoko dôverného charakteru. Pri správne vykonanom samoodbere (v súlade s Návodom na použitie) nedochádza k negatívnym následkom diagnostického vyšetrenia. Nesprávny odber vzorky môže znemožniť správne vyhodnotenie výsledku.
Typ vzorky závisí od druhu objednaného vyšetrenia. Môže sa jednať o:
- Ster sliznice krčka maternice samoodberom
- Moč
- Bukálny ster

3. Riziká výkonu:
Pri správne vykonanom odbere (v súlade s Návodom na použitie) nie sú známe riziká diagnostického výkonu. Nesprávne vykonaný odber vzorky môže znemožniť správne vyhodnotenie výsledku.

4. Alternatívy výkonu:
Alternatíva samoodberového vyšetrenia je vyšetrenie, pri ktorom vzorku odoberie zdravotnícky pracovník. V prípade steru zo sliznice krčka maternice je to gynekológ, v prípade vzorky moču alebo bukálneho steru je to zdravotná sestra.

5. Súhlas pacienta(ky):
Na základe poskytnutých informácií o diagnostickom/liečebnom výkone si na vlastnú žiadosť objednávam u spoločnosti CYTOGEN s.r.o. (ďalej ako „**Poskytovateľ**“) uskutočnenie laboratórnych vyšetrení uvedených v mojej žiadosti (ďalej ako „**Vyšetrenie**“) a vyhlasujem, že **súhlasím s vykonaním Vyšetrenia** na základe samoodberu pacientom prostredníctvom doručenej odberovej súpravy.
Som si vedomý(á), že laboratórium nenesie zodpovednosť za kvalitu odobraného biologického materiálu. Som si vedomý(á), že informácie, ktoré o mojom zdravotnom stave získam, môžu byť pre mňa stresujúce, a že v prípade pozitívneho výsledku je potrebné navštíviť svojho ošetrujúceho lekára. Výsledky testu zostanú dôverné a Poskytovateľ s nimi bude nakladať výlučne podľa platnej a účinnej právnej úpravy na úseku poskytovania zdravotnej starostlivosti a ochrany verejného zdravia.
Taktiež súhlasím, že moja vzorka (vzorky) bude po ukončení Vyšetrenia **zlikvidovaná** (é) podľa platných smerníc s tým rizikom, že v budúcnosti už nebude v prípade potreby možné výsledok Vyšetrenia znovu overiť a na vykonanie prípadného ďalšieho testovania bude nutný nový odber materiálu.
Beriem na vedomie, že výsledky Vyšetrenia nie je možné použiť na právne účely a sú informatívne, pričom poskytnutie samotných výsledkov Vyšetrenia ani následná interpretácia výsledkov Poskytovateľom alebo mnou samotným nenahrádza rozhodnutie lekára o zvolenom postupe stanovenia diagnózy a na ňu nadväzujúce určenie liečby a rovnako beriem na vedomie, že Poskytovateľ v tomto smere nepreberá žiadnu zodpovednosť.

6. Vyhlásenie pacienta(ky):
Podpísaním tohto informovaného súhlasu vyhlasujem, že:
- som bol oboznámený s cenou Vyšetrenia podľa cenníka Poskytovateľa a súhlasím s uhradením ceny Vyšetrenia tomuto Poskytovateľovi, keďže beriem na vedomie, že Vyšetrenie nie je indikované zo zdravotných dôvodov a preto sa neuhrádza z verejného zdravotného poistenia (podľa § 8 písm. a) zákona č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti),
- pred Vyšetrením som bol zrozumiteľne, ohľaduplne a bez nátlaku informovaný o účele, povahe, následkoch a rizikách Vyšetrenia, ako aj o možnostiach voľby a rizikách odmietnutia Vyšetrenia a mal som možnosť slobodne sa rozhodnúť pre Vyšetrenie (podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov),
- som sa oboznámil s obsahom príbalového letáku odberovej súpravy, ako aj s informáciami o možných nežiadúcich účinkoch a podmienkach samoodberu a aj o povahe a podmienkach Vyšetrenia na webovej stránke Poskytovateľa,
- som bol poučený, že výsledky Vyšetrenia mi budú doručené v zmysle Všeobecných obchodných podmienok Poskytovateľa, s ktorými som sa pred objednaním Vyšetrenia riadne oboznámil,
- som bol poučený, že ak mi bude zistená prenosná infekčná choroba, som povinný výsledok Vyšetrenia doručiť môjmu ošetrujúcemu lekárovi. Ak poznám zdroj nákazy, som povinný označiť ho môjmu ošetrujúcemu lekárovi, alebo mu v opačnom prípade poskytnúť všetky informácie na jeho určenie a zároveň určiť okruh osôb, na ktoré som mohol chorobu preniesť, a rovnako som povinný sa správať tak, aby som zabránil prenosu takejto choroby na iné osoby (podľa § 11 ods. 14 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov).
- Poskytovateľ si vyhradzuje právo poveriť realizáciou Vyšetrenia iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti s povolením na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v príslušnom lekárskom odbore.

7. Všeobecné obchodné podmienky a zásady spracúvania osobných údajov
Potvrdzujem, že som sa oboznámil(a):
- s všeobecnými obchodnými podmienkami platnými v čase prijatia objednávky vyšetrenia; aktuálne platné všeobecné obchodné podmienky Poskytovateľa sú k dispozícii na internetovej stránke Poskytovateľa uvedenej v záhlaví tohto súhlasu;
- so zásadami spracúvania osobných údajov; aktuálne platné všeobecné obchodné podmienky Poskytovateľa sú k dispozícii na internetovej stránke Poskytovateľa uvedenej v záhlaví tohto súhlasu;
- Poskytovateľ nenesie zodpovednosť za následky, ktoré môžu vzniknúť v dôsledku toho, že som poskytol Poskytovateľovi nepravdivé alebo neúplné informácie.

V: _____ Dňa: _____ _____

Podpis pacienta(ky)