

# Souhlas s poskytnutím výsledků laboratorního vyšetření a předání osobních údajů k přípravě e-žádanek

Já, níže podepsaná/ý (žák/student) \_\_\_\_\_, r.č. \_\_\_\_\_,

bytem: \_\_\_\_\_,

zákonný zástupce (nezl. žáka/studenta) \_\_\_\_\_, r.č. \_\_\_\_\_,

bytem: \_\_\_\_\_

beru na vědomí, že dle zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů mám právo určit osoby, kterým mohou být poskytnuty informace o mém zdravotním stavu/o zdravotním stavu nezletilé/ho, mám právo určit rozsah podání těchto informací a mohu určit, zda mají tyto osoby právo na nahlížení do mé zdravotnické dokumentace/zdravotnické dokumentace nezletilé/ho a pořízení jejích výpisů nebo kopií. Mám též právo určit osoby, kterým informace být poskytnuty nesmí.

Na základě výše uvedeného SOUHLASÍM, aby poskytovatel zdravotních služeb, společnost synlab czech s.r.o., se sídlem Sokolovská 100/94, Karlín, 186 00, Praha 8, IČO: 496 88 804 (dále jen „Laboratoř“), poskytla výsledky laboratorního vyšetření na přítomnost koronaviru SARS-CoV-2 formou pooling testování, jakož i metodou zpracování RT-PCR, a to níže uvedeným osobám ze společnosti:

Škola Kavčí hory – Mateřská škola, Základní škola a Střední odborná škola služeb

se sídlem: K Sídlíšti 840/2, Praha 4, 140 00 IČO: 481 34 023

(dále jen „Právnícká osoba“)

**1) Jméno a příjmení: Mgr. Heleně Pondělíčkové, ředitelce školy**

**e-mail: [h.pondelickova@ksidlisti.cz](mailto:h.pondelickova@ksidlisti.cz), tel.: +420 241 090 230**

Rozumím tomu, že určení osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o zdravotním stavu mohu kdykoliv odvolat.

Dále **souhlasím – nesouhlasím\*\*** s tím, aby shora uvedená Právnícká osoba poskytla Laboratoři mé osobní údaje/osobní údaje nezletilé/ho, a to pro účely přípravy e-žádanek pro zpracování laboratorního vyšetření na přítomnost koronaviru SARS-CoV-2 formou pooling testování, jakož i metodou zpracování RT-PCR, a to v rozsahu: Jméno a Příjmení testované osoby, rodné číslo testované osoby, adresa bydliště testované osoby, pohlaví testované osoby, datum narození testované osoby, zdravotní pojišťovna testované osoby, datum odběru, čas odběru, telefonní číslo, na které bude zaslán výsledek testu a e-mail, na který bude zaslán výsledek testu.

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Jméno a příjmení

\_\_\_\_\_  
podpis

\* Vyplňte pouze, vyplňujete-li souhlas jako zákoný zástupce

\*\* Nehodící se škrtněte