

ІНФОРМАЦІЯ ПРО УСТАНОВУ			
з якою укладено договір на медичне обслуговування (сімейний лікар)			
Назва ЛПЗ		Адреса установи	
ПІБ лікаря		Телефон установи / лікаря	()
Причина тестування	<input type="checkbox"/> Контакт з людиною, в якій підтверджено Covid-19 <input type="checkbox"/> Симптоми ГРВІ, що схожі на симптоми Covid-19 <input type="checkbox"/> Перебування у країнах з місцевою передачею вірусу Covid-19 <input type="checkbox"/> Добровільне тестування (відсутність симптомів ГРВІ / Covid-19 та контактів з хворими на Covid-19)		
ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА			
Прізвище		Дата народження	__ . __ . __
Ім'я		Вік (повних років)	
По-батькові		Стать	<input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж
Контактний телефон: () _____		E-mail:	
Документ: <input type="checkbox"/> Паспорт <input type="checkbox"/> Інший документ		Підпис пацієнта:	
Адреса проживання	Область, район		
	Населений пункт		
	вул.	будинок №	кв. №
Місце роботи, навчання, дитячого закладу та їх адреса:			
Дата взяття біоматеріалу: __ . __ . __		Час взяття біоматеріалу:	
ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗРАЗОК			
Тип	<input type="checkbox"/> Назо- або орофарингеальний мазок <input type="checkbox"/> Бронхоальвеолярний лаваж <input type="checkbox"/> Ендотрахеальний аспірат <input type="checkbox"/> Назофарингеальний аспірат <input type="checkbox"/> Назальний змив <input type="checkbox"/> Мокротиння <input type="checkbox"/> Легенева тканина <input type="checkbox"/> Сироватка крові <input type="checkbox"/> Цільна кров <input type="checkbox"/> Сеча <input type="checkbox"/> Калові маси		
	КЛІНІЧНІ ДАНІ		
	Дата початку захворювання (прояви симптомів)		__ . __ . __
Чи перебували у країнах з місцевою передачею вірусу SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Країна: Дата повернення:	
Чи контактували з людиною у якій лабораторно підтверджений діагноз Covid-19?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо		
Додаткові коментарі			

Я, _____, підписуючи цей документ, **ПІДТВЕРДЖУЮ**:

- свою згоду на здійснення мені (моїй дитині, або особі, що перебуває під моєю опікою чи піклуванням (надалі – «Підопічний») працівниками Діагностичного центру ПП «МедіС» (надалі – ДЦ МедіС), медичних втручань (збір біоматеріалу), необхідних для надання медичних діагностичних послуг, що вказані у цьому документі;
- факт надання мені вичерпної і повної інформації про порядок підготовки до відповідного медичного втручання, перебіг медичного втручання, рекомендації щодо правил поведінки і догляду після проведення втручання та всі несприятливі наслідки, які можуть виникнути під час медичного втручання та/або внаслідок недотримання пацієнтом встановлених вимог чи рекомендацій;
- свою згоду з переліком медичних послуг, вказаних у цьому документі, їх вартістю, терміном виконання та порядком отримання результатів;
- свою згоду на надсилання на вказаний мною в цьому документі телефон та електронну поштову адресу: SMS та електронних повідомлень з даними для доступу до електронних ресурсів ДЦ «МедіС», результатів обстежень, інформаційних повідомлень рекламного і маркетингового характеру та іншої інформації, а також для безпосередньої комунікації зі мною;
- свою згоду на збір та обробку персональних даних, що зазначені в цьому документі, і факт повідомлення мене про ціль, законну мету та порядок обробки персональних даних, передбачених законодавством та внутрішніми нормативними актами ДЦ МедіС;
- свою згоду і факт ознайомлення з Правилами перебування в ДЦ МедіС та іншими правилами, умовами, публічними офертами, програмами лояльності тощо, що є в доступному для споживача місці та/або опубліковані на сайті ДЦ МедіС та зобов'язання їх виконувати;
- факт надання мною працівникам ДЦ МедіС правильної та достовірної інформації про мене (мого Підопічного), що зазначена у цьому документі.

«__» _____ 20__ р. _____ (підпис пацієнта/законного представника пацієнта)