Łódź Śródmieście - ul. Struga 3
Łódź Widzew - ul. Wujaka 5
Łódź Górna - ul. Rzgowska 50a
Łódź Bałuty - ul. Łagiewnicka 53
Łódź Śródmieście - ul. Pomorska 75
Łódź Teofilów - ul. Szparagowa 10

tel. 42 633 56 61
tel. 42 633 78 01

www.salve.pl

OŚWIADCZENIE PACJENTA

karta wywiadu epidemiologicznego dotycząca wirusa SARS-CoV-2

Imię i nazwisko Pacjenta/-tki: .....

PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Tel.: .....

Adres zamieszkania: .....

Powiat: .....

Adres e-mail: (drukowanymi literami) .....

Proszę o sprawozdanie z badania w języku angielskim: ☐tak ☐nie

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał/-a Pan/-i poza granicami kraju? ☐tak ☐nie

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/-a Pan/-i kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS CoV-2? ☐tak ☐nie

3. Czy występują u Pana/-i objawy?

gorączka powyżej 37,5°C: ☐tak ☐nie

objawy przeziębienia: • katar: ☐tak ☐nie • kaszel: ☐tak ☐nie

uczucie duszności – trudności w nabieraniu powietrza: ☐tak ☐nie

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Łódź, dnia:.....

.....
Czytelny podpis pacjenta/-tki/
opiekuna prawnego:

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY

na wykonanie badania genetycznego Pacjenta w kierunku SARS-CoV-2 oraz zbankowanie materiału biologicznego

Rodzaj pobranego materiału: wymaz z gardła i nosa

1. Wyrażam świadomą zgodę na pobranie ode mnie lub dziecka materiału biologicznego i wykonanie molekularnych badań diagnostycznych.
2. Oświadczam, że poinformowano mnie o znaczeniu wykonywanych badań molekularnych, miałem/-am możliwość zadawania pytań oraz otrzymałem/-am wystarczające odpowiedzi na te pytania.
3. Oświadczam, że zgadzam się na przechowywanie wyizolowanej próbki DNA po zakończeniu postępowania diagnostycznego.

Łódź, dnia:.....

.....
Czytelny podpis pacjenta/-tki/
opiekuna prawnego:

OŚWIADCZENIE - ZGODA PACJENTA

na przesłanie sprawozdania z badania w kierunku SARS -CoV-2 drogą elektroniczną na podany w oświadczeniu adres e-mail

1. Wyrażam świadomą zgodę na przekazanie sprawozdania z badania w kierunku SARS-CoV-2 na adres e-mail podany w oświadczeniu z zachowaniem poufności danych osobowych.
2. Zgadzam się na przetwarzanie danych osobowych przez Salve Sp. z o.o. Sp. K. i Salve Medica Sp. z o.o. Sp. K. wyłącznie do wyżej wymienionych celów medycznych, zgodnie z przepisami Rozporządzenia PE i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Łódź, dnia:.....

.....
Czytelny podpis pacjenta/-tki/
opiekuna prawnego:

WYPEŁNIA PERSONEL MEDYCZNY:

Rodzaj pobranego materiału: wymaz z gardła i nosa

Data pobrania materiału: ..... Godzina pobrania materiału: .....

.....
Czytelny podpis
osoby pobierającej materiał

Data i godzina przyjęcia materiału
przez Laboratorium Genetyczne: .....

.....
Czytelny podpis
osoby przyjmującej materiał