

**Анкета-опросник пациента для выполнения лабораторного исследования
коронавирус SARS-CoV-2, определение РНК, кач., в мазке со слизистой носоглотки и/или ротоглотки**

«___» _____ 2021 г.

Я, _____,

(Фамилия, Имя, Отчество)

действую в своих интересах, именуемый далее «Пациент»,

действую в интересах Пациента

_____ (Фамилия, Имя, Отчество)

именуемый далее «Заказчик»,

Данные пациента

Телефон:	+ 375	
Документ, удостоверяющий личность (номер):		
	КСМ выдан:	
	дата выдачи:	
Адрес регистрации:		
Адрес проживания:		
Поликлиника фактического обслуживания (номер поликлиники/адрес поликлиники):		

Настоящим подтверждаю, что:

- уведомлен о том, что ИООО «Независимая лаборатория ИНВИТРО» не оказывает услугу по выполнению лабораторного исследования Коронавирус SARS-CoV-2, определение РНК, кач., в мазке со слизистой носоглотки и/или ротоглотки в отношении лиц, имеющих симптомы острой респираторной инфекции (с температурой тела от 37,5 °С, слабостью, болью в горле, аносмией, наличием лихорадочно-интоксикационного и катарального синдромов (кашель сухой или со скудной мокротой, заложенность носа или ринорея, боли в горле, конъюнктивит и т.д.), а также в отношении лиц, подлежащих обязательному обследованию на COVID-19 в соответствии с законодательством Республики Беларусь. Заказчик/Пациент согласен с тем, что в случае выявления указанных обстоятельств в оказании услуги может быть отказано.
- предупрежден о том, что лицам, имеющим симптомы острой респираторной инфекции рекомендовано оставаться дома и обращаться за медицинской помощью путем вызова врача на дом;
- получил разъяснения медицинского работника о режиме, который установлен в отделении медицинского обслуживания ИНВИТРО с учётом складывающейся эпидемиологической ситуации, основанный на рекомендациях Министерства здравоохранения Республики Беларусь о социальном дистанцировании;
- получил всю интересующую меня информацию о заказанной услуге;
- подтверждаю, что поставил в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных со здоровьем, а также сообщил всю достоверную информацию, необходимую для определения наличия/отсутствия обстоятельств, свидетельствующих о случае, требующем обследования на COVID-19;
- подтверждаю, что осознаю, что всем лицам, а особенно лицам группы риска (лицам в возрасте старше 60 лет, а также с хроническими заболеваниями, беременным женщинам) необходимо максимально сократить посещение общественных мест, соблюдать правила личной гигиены, при ухудшении самочувствия (в том числе, при появлении симптомов ОРВИ) остаться дома и вызвать врача на дом;
- даю ИООО «Независимая лаборатория ИНВИТРО» своё добровольное согласие на сбор, обработку (внесение данных в документы, используемые ИООО «Независимая лаборатория ИНВИТРО» для оказания медицинских услуг) персональных данных¹ Пациента; хранение персональных данных Пациента (как на бумажных носителях, так и/или с использованием автоматической системы хранения и обработки данных); использование и предоставление персональных данных Пациента в государственное учреждение здравоохранения в случаях и в порядке, предусмотренном действующим законодательством Республики Беларусь.
- подтверждаю ознакомление и даю добровольное согласие ИООО «Независимая лаборатория ИНВИТРО», что при получении положительного результата РНК коронавируса SARS-CoV-2 информация об этом будет направлена в государственное учреждение здравоохранения;
- получил разъяснение медицинского работника о необходимости обратиться в территориальное учреждение здравоохранения по месту проживания при получении положительного результата РНК коронавируса SARS-CoV-2;
- ознакомлен с правилами подготовки к исследованию, и осознаю, что несоблюдение требований к процедуре взятия биологического материала, несоблюдение указаний (рекомендаций) ИООО «Независимая лаборатория ИНВИТРО» могут повлиять на результат исследования, снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее выполнения/завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика/Пациента;
- осознаю, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, не предоставление достоверной и полной информации могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее выполнения/завершения в срок;
- являюсь законным представителем Пациента (для Заказчика);
- подтверждаю достоверность и правильность указанной в настоящей анкете информации и соглашаюсь с тем, что самостоятельно несу риск любых негативных последствий при указании недостоверных (неточных) сведений и самостоятельно несу ответственность за нарушение санитарно-эпидемиологических правил, предусмотренных законодательством Республики Беларусь, в том числе в случае указания в настоящей анкете недостоверных (неточных) сведений, нарушения гарантий, данных мною в настоящей анкете;
- До начала оказания услуг сотрудник отделения медицинского обслуживания ИНВИТРО произвел мне/Пациенту * (* в случае, если Заказчик действует в интересах Пациента) измерение температуры тела: _____ °С.

Пациент/Заказчик:

_____ / _____

(подпись)

(ФИО)

Расписался в моем присутствии:

(должность работника)

(подпись)

(ФИО)

¹ В рамках настоящего согласия персональные данные включают фамилию, имя, отчество, дата рождения, телефон(ы), адрес регистрации (адрес регистрации, указанный в документе, удостоверяющий личность), адрес проживания (фактический адрес проживания), данные о состоянии его здоровья, обследованиях, которые стали известны ИООО «Независимая лаборатория ИНВИТРО» в связи с оказанием медицинских услуг, а также название документа, удостоверяющего личность, его серия и номер, дата выдачи и наименование организации, выдавшей (принявшей) документ.