



Čestné vyhlásenie a poučenie pacienta, zákonného zástupcu pacienta¹, sprevádzajúcej osoby
(vypísané odovzdajte na príslušnej ambulancii / klinike)

Meno pacienta:

Rodné číslo:

Meno zákonného zástupcu:

Bydlisko zákonného zástupcu:

Mobil:

Účel návštevy:

Svojim podpisom potvrdzujem, že nasledujúce skutočnosti sú pravdivé, a že som sa oboznámil(-a) s nasledovnými povinnosťami v súvislosti s podozrením z ochorenia COVID-19.

Odpovede na otázky vypisujete spolu so zamestnancom triediaceho pracovníka

- Bola nariadená pacientovi, Vám, prípadne inému rodinnému príslušníkovi, s ktorým žijete v spoločnej domácnosti karanténa?
 áno nie
- Má pacient alebo Vy akútne ochorenie dýchacích ciest?
 áno nie
- Má pacient alebo Vy telesnú teplotu nad 38°C?
 áno nie
- Má pacient alebo Vy kašeľ?
 áno nie
- Má pacient alebo Vy dýchavičnosť?
 áno nie
- Má Vaše dieťa hnačku, zvracanie? (len u detí do 1 roka)
 áno nie
- Navštívil pacient alebo Vy v predchádzajúcich 14 dňoch určené rizikové krajiny alebo regióny podľa platného aktuálneho opatrenia?
 áno nie
- Bol pacient alebo Vy v posledných 14 dňoch v úzkom kontakte s potvrdeným alebo pravdepodobným prípadom COVID-19?
 áno nie

a) V zmysle „Usmernenia hlavného hygienika SR v súvislosti s ochorením COVID-19 spôsobeným koronavírusom SARS-CoV-2“ **mám povinnosť používať osobný ochranný prostriedok (ochranné rúško) v záujme zabezpečenia ochrany a bezpečnosti seba a ostatných osôb a následnú**



povinnosť nosiť ochranné rúško na tvári po celý čas mojej prítomnosti v zdravotníckom zariadení s cieľom znížiť šírenie virulentných častíc do okolia.

- b) V zmysle pokynov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti **mám povinnosť v plnom rozsahu rešpektovať a znášať dočasné obmedzenia** určené poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, prípadne rozhodnutia a usmernenia Úradu verejného zdravotníctva SR v záujme ochrany verejného zdravia.
- c) V zmysle pokynov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti **mám povinnosť informovať zdravotníckeho pracovníka o svojej cestovateľskej anamnéze, o kontakte s pravdepodobným alebo potvrdeným prípadom ochorenia COVID-19, alebo s osobou s pozitívnou cestovateľskou anamnézou.**

Som si vedomý(-á) toho, že za porušenie povinností vyplývajúcich z platného „Usmernenia hlavného hygienika SR v súvislosti s ochorením COVID-19 spôsobeným koronavírusom SARS-CoV-2“ a pokynov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, môžu byť voči mne vyvolané dôsledky v zmysle platných právnych predpisov. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť.

Poučenie považujem za dostatočné pre moje rozhodnutie o ďalšom poskytnutí zdravotnej starostlivosti.

Poučenie prijímam a svojim podpisom dávam súhlas k ďalšiemu poskytnutiu zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo prijatie poučenia.

Ja dolupodpísaný(-á) čestne vyhlasujem, že údaje, ktoré som poskytol(-tla) sú pravdivé. Zároveň svojim podpisom potvrdzujem, že som si plne vedomý(-á) vyššie uvedených zdravotných rizík, ktoré mi ako zákonnému zástupcovi pacienta hrozia pri pobyte v tomto zdravotníckom zariadení, a o ktorých som bol(-a) vopred dôkladne informovaný(-á). Som si vedomý(-á) právnych následkov plynúcich z uvedenia nepravdivých údajov. Najmä som si vedomý(-á), že svojim konaním môžem naplniť niektorú zo skutkových podstát trestných činov ohrožujúcich život a zdravie (§ 163 a § 164 Trestného zákona - Šírenie nebezpečnej nákazlivej ľudskej choroby, spáchanej priamym úmyslom, alebo formou nedbanlivosti).“

V Banskej Bystrici, dňa:

Podpis pacienta / zákonného zástupcu pacienta:

Anamnézu odobral:

Telesná teplota:

¹ Osobné údaje dotknutej osoby (ďalej len „pacient“) sú spracúvané prevádzkovateľom bez potreby súhlasu pacienta podľa Čl. 6 ods. 1 písm. c) Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) v informačnom systéme ako zdravotná dokumentácia pacientov za účelom poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z. z.“).
Prevádzkovateľ poskytuje osobné údaje pacienta nasledovným príjemcom: osobám vymenovaným v § 24 ods. 4 a § 25 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z.

Podľa § 22 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z. prevádzkovateľ uchováva osobné údaje pacienta 20 rokov od posledného poskytnutia zdravotnej starostlivosti pacientovi.

Pacient má zachované práva vymenované vo všeobecnom nariadení o ochrane osobných údajov a zákone č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, okrem práva na vymazanie osobných údajov, práva namietat spracúvanie osobných údajov, práva na prenosnosť osobných údajov. Poskytovanie osobných údajov pacientom za účelom poskytovania zdravotnej starostlivosti je zákonnou požiadavkou.

Následkom neposkytnutia osobných údajov môže byť odmietnutie poskytnutia zdravotnej starostlivosti