

## ŽÁDANKA O ANTIGENNÍ TEST COVID-19

### Vyplňuje žadatel (čitelně hůlkovým písmem)

 Pacient/ka: ..... Datum narození: .....  
 titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištěnce): ...../..... Kód ZP: .....

Trvalé bydliště: .....PSČ .....

Mobilní telefon : ..... Kontaktní email: .....

IČO zaměstnavatele .....

### POTVRZUJI, ŽE:

**NEJSEM** v ochranné lhůtě 90 dní od prodělání onemocnění Covid - 19 **JSEM / NEJSEM**
**NEJSEM** plně očkovaný (2 týdny od druhé dávky) **JSEM / NEJSEM**

***V opačném případě zaplatím na místě 350Kč za test. V případě zatajení informace o očkování nebo ochranné lhůtě bude zpětně účtováno 500Kč. A to z důvodu, že v případě proočkování nebo ochranné lhůty pojišťovny testy neproplácují.***

### Vyplňuje zdravotník na místě

Klinicky závažný stav: ANO x NE

První symptomy se objevily dne: .....

 Symptomy:  kašel  bolest hlavy/klobouků/svalů  průjem/ zvracení  teplota (kolik.....)

 ztráta chuti/čichu  Jiné:.....

 Výsledek :  Pozitivní  Negativní  Nejasný PCR vystaven  ANO  NE

Jsem srozuměn/a s tím, že pokud bude výsledek antigenního testování na onemocnění COVID-19 pozitivní, jsem povinen/povinna postupovat dle aktuálně platných a účinných nařízení vlády ČR a dalších právních předpisů. Je třeba podstoupit testování konfirmační metodou RT-PCR na průkaz přítomnosti viru. (Povinnost RT-PCR testu se nevztahuje na osoby, které při antigením testu vykazovali známky respiračního onemocnění)

Současně tímto uděluji souhlas se shromažďováním, uchováním a zpracováním mých osobních údajů zpracovatelem **Lékárna Remus** Žlutická 9, Plzeň, 32300 IČO: 06346227 v rozsahu jméno a příjmení, rodné číslo, údaj o místě trvalého pobytu a telefon, a to pro účely archivace tohoto informovaného souhlasu po dobu určenou právními předpisy pro archivaci zdravotní dokumentace a dále pro účely nároku na zpětnou refundaci nákladů na test a jeho výkon. Jako subjekt údajů prohlašuji, že jsem si vědom svých práv dle kapitoly III nařízený GDPR.

Pacient bere na vědomí, že tento svůj souhlas může kdykoli odvolat, a to písemnou formou, bez určeného vzoru, do rukou jakéhokoli pracovníka pracujícího pro Lékárna Remus.

V Plzni dne ..... 2021

Podpis : .....