

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА  
НА ПРОВЕДЕННЯ ЛАБОРАТОРНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ Covid-19**

Я \_\_\_\_\_ **ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я, ПО-БАТЬКОВІ** \_\_\_\_\_ (дата народження **ДД.ММ.РРРР** \_\_\_\_\_) надаю згоду на медичне втручання із взяття біологічного матеріалу у мене (моєї дитини) \_\_\_\_\_ та проведення лабораторного дослідження на Covid-19.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно медичного втручання, характеру його виконання, наслідків, порядку надання результатів і я одержав(ла) на них відповіді.

Я ознайомлений(а) та згоден(а) з вимогами щодо підготовки до досліджень та/або особливими вимогами лікаря, попереджений(а) про можливість отримання некоректного результату аналізів при порушенні вказаних правил.

Я даю згоду на те, що результати досліджень можуть бути передані ТОВ «МЛ «ДІЛА» вказаним мною особам, в тому числі лікарю.

Я згоден(а) з тим, що ТОВ «МЛ «ДІЛА» залишає за собою право: змінити термін видачі результатів досліджень, за наявності обставин, що можуть впливати на скорочення чи продовження терміну виконання дослідження; залучати до проведення аналітичного процесу інших осіб, залишаючись відповідальним перед Замовником в повному обсязі.

Я надаю згоду на обробку моїх (моєї дитини) персональних даних з метою проведення лабораторних досліджень із дотриманням вимог Закону України «Про захист персональних даних». Я даю згоду на внесення до локальної інформаційної системи ТОВ «МЛ «ДІЛА» моїх (моєї дитини) персональних даних, в тому числі результатів лабораторних досліджень. Погоджуюсь на отримання інформації про готовність досліджень за допомогою SMS-повідомлення, результатів досліджень **на електронну адресу**, зазначену мною

**(e-mail\_ Вкажіть вашу електронну адресу \_\_\_\_\_)**, та іншої інформації щодо охорони здоров'я, медичних послуг та спеціальних пропозицій у електронних та SMS-повідомленнях. Мене повідомлено про забезпечення конфіденційності моїх (моєї дитини) даних.

Погоджуюсь з тим, що у разі передачі мною коду замовлення третім особам, ТОВ «МЛ «ДІЛА» не несе відповідальності за недотримання конфіденційності.

Я погоджуюсь з тим, що мої персональні дані та результати моїх досліджень будуть передані у Центр громадського здоров'я України.

Своїм підписом я повністю погоджуюсь з усім, зазначеним у цьому документі.

Документ законного представника дитини:

Паспорт  Інший документ **\_\_\_\_\_ СЕРІЯ, НОМЕР ВАШОГО ЗАКОРДОННОГО ПАСПОРТУ \_\_\_\_\_**

Пацієнт /Законний представник **\_\_\_\_\_ ПРИЗВИЩЕ, ІНІЦІАЛИ \_\_\_\_\_** **\_\_\_\_\_ (Підпис) \_\_\_\_\_**  
(П.І.Б.) (підпис)

дата **\_\_\_\_\_ Дата здачі тесту \_\_\_\_\_**