

**1**

# Triáž pacientov – čestné vyhlásenie počas pandémie ochorenia COVID-19

**Pacient / Návšteva / Sprievodná osoba (zakrúžkujte)****Meno a priezvisko: ..... Dátum narodenia: .....****Bydlisko: ..... Tel. kontakt: .....**

Vážená pani, vážený pán, v dôsledku epidemiologickej situácie a v snahe zabezpečiť Vašu bezpečnosť, ako aj ošetrojúceho personálu, si Vás dovoľujeme požiadať o písomné vyjadrenie k nasledujúcim skutočnostiam (správnu odpoveď, prosím, zakrúžkujte):

**Prekonali ste ochorenie COVID-19 pred nie viac ako 180 dňami? ÁNO / NIE****Máte test na ochorenie COVID-19? ÁNO / NIE (ak ÁNO vyplňte nasledujúci riadok)****Dátum testu: ..... Typ testu: Ag/ PCR (zakrúžkujte) Výsledok: negatívny / pozitívny (zakrúžkujte)****Ste plne zaočkovaná osoba proti ochoreniu COVID-19? ÁNO / NIE (ak ÁNO vyplňte nasledujúci riadok)****Názov vakcíny: ..... Dátum podania 2. dávky: .....**

## MOŽNÝ COVID-19 ?

**➤ Klinické kritéria:**

- Máte niektorý z príznakov: teplota nad 37°C, kašeľ, sťažené dýchanie, únava, náhla strata čuchu a chuti, alebo porucha chuti, bolesti hrdla, bolesti svalov a kĺbov? **ÁNO / NIE**

**➤ Epidemiologické kritéria:**

- Boli ste posledných 14 dní v zahraničí pred nástupom klinických ťažkostí? **ÁNO / NIE**

- Mali ste úzky kontakt s osobou s potvrdeným ochorením COVID-19 posledných 14 dní? **ÁNO / NIE**

- Ste v karanténe pre podozrenie z ochorenia COVID-19? **ÁNO / NIE**

**➤ Laboratórne kritéria:**

- Máte potvrdenú infekciu COVID-19 Ag / PCR testom? **ÁNO / NIE**

**Ja dolu podpísaná / podpísaný: ..... čestne vyhlasujem, že****údaje, ktoré som poskytla / poskytol sú pravdivé. Všetky uvedené údaje poskytujem dobrovoľne a týmto udeľujem súhlas s ich spracovaním v zmysle zákona č.18/2018 Z.z o ochrane osobných údajov.****Dátum vyplnenia: .....****Podpis pacienta, návštevy, sprievodu alebo zákonného zástupcu**

**Upozornenie:** Zatajením údajov v dotazníku vystavujete riziku zdravotníckych pracovníkov a iných spoluobčanov, môžete spôsobiť nebezpečenstvo zavlečenia a najmä rozšírenia ochorenia COVID-19. Takéto konanie môže byť kvalifikované ako trestný čin šírenia nebezpečnej nákazlivej ľudskej choroby podľa § 163 a 164 Trestného zákona. Zároveň svojim podpisom potvrdzujete, že ste si plne vedomí zdravotných rizík, ktoré vám hrozia pri pobyte v tomto zdravotníckom zariadení a o ktorých ste boli vopred dôkladne informovaní.

**Spracovanie osobných údajov:** 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 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 namietať spracúvanie osobných údajov, práva na prenosnosť osobných údajov. Poskytovanie osobných údajov pacientom za účelom poskytovania zdravotnej starostlivosti je zákonnou požiadavkou.

**VERZIA 0. Platné od 1.9.2021**