



SYNWEST
German-Bulgarian laboratory

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТА

Долуподписаният:

_____ / име, презиме и фамилия/

ЕГН:

Адрес:

Телефон за връзка

Данни на латиница: (Информацията, която се попълва само за чужди граждани)

NAME (име): _____

DATE OF BIRTH (дата на раждане): _____

ID/PASSPORT (данни по л.к./паспорт) ЛНЧ, или № на паспорт и точна дата на раждане, или № на документ за пребиваване в страната и точна дата на раждане) _____

Phone number(телефон за връзка) _____

Address (адрес) _____

Приет за извършване на изследване за:

SARS CoV-2 RNA PCR - анализ за коронавирус (Извършва се в България), в ГБСМДЛ „ЗИНВЕСТ-К”ООД;

NADAL COVID-19 Antigen Test, в ГБСМДЛ „ЗИНВЕСТ-К”ООД;

Anti SARS-CoV-2 ELISA IgG S1 вирус-неутрализиращи антитела;

55.19 Elecsys Anti- SARS- CoV2-S (включително IgG) При резултати над 150 BAU/ml ще се издава сертификат.

С настоящата декларация удостоверявам, че:

1. Запознат съм с правата на пациента.
2. Информирам съм за целите и естеството на медико-диагностичното изследване, изискванията за подготовка и вземане на биологичния материал и условията, при които ще се провежда изследването.
3. Запознат съм със същността и значението на медико-диагностичното изследване.
4. Декларирам, че съм съгласен данните ми да бъдат предоставени на отговорните власти, с цел ограничаване разпространението на инфекцията с COVID – 19:
5. Декларирам, че желая личните ми данни да бъдат използвани за издаването на сертификат.

Считам, че съм получил достатъчно информация и съм съгласен да ми бъде извършено описаното по-горе медико-диагностично изследване.

Дата _____

Подпис на пациента: _____

Ако пациентът е неспособен и не може да се подпише или да потвърди съгласието, или е непълнолетен, формулярът се подписва от неговия законен представител!