

**Informovaný súhlas podľa** §**6 zákona č. 576/2004 Z. z.**

Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol/a informovaný/á o účele, povahe, následkoch a rizikách vykonania odberu krvi na laboratórne vyšetrenia, vrátane možných komplikácií s tým spojených a ich liečbe, ako i platných podmienkach ambulancie. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne a ohľaduplne a bol mi poskytnutý dostatočný čas na vyjadrenie môjho súhlasu s vykonaním tohto výkonu, pričom tomuto poučeniu som porozumel/a a na základe vlastného rozhodnutia súhlasím s odberom krvi.

Súhlasím s uskutočnením vybraných laboratórnych testov. Týmto udeľujem Oddeleniu laboratórnej medicíny LNsP súhlas na spracovanie mojich osobných údajov týkajúcich sa samoplatcovských laboratórnych testov v súlade s §16 ods.2 písm. a/ zákona č.18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.

 V Liptovskom Mikuláši, dňa Meno, priezvisko a dátum narodenia

............................................................ ................................................................

 Podpis a pečiatka lekára/sestry, Podpis pacienta- samoplatcu

 ktorá poučenie vykonala



**Informovaný súhlas podľa** §**6 zákona č. 576/2004 Z. z.**

Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol/a informovaný/á o účele, povahe, následkoch a rizikách vykonania odberu krvi na laboratórne vyšetrenia, vrátane možných komplikácií s tým spojených a ich liečbe, ako i platných podmienkach ambulancie. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne a ohľaduplne a bol mi poskytnutý dostatočný čas na vyjadrenie môjho súhlasu s vykonaním tohto výkonu, pričom tomuto poučeniu som porozumel/a a na základe vlastného rozhodnutia súhlasím s odberom krvi.

Súhlasím s uskutočnením vybraných laboratórnych testov. Týmto udeľujem Oddeleniu laboratórnej medicíny LNsP súhlas na spracovanie mojich osobných údajov týkajúcich sa samoplatcovských laboratórnych testov v súlade s §16 ods.2 písm. a/ zákona č.18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.

 V Liptovskom Mikuláši, dňa Meno, priezvisko a dátum narodenia

.................................................................... ..................................................................

 Podpis a pečiatka lekára/sestry, Podpis pacienta- samoplatcu

 ktorá poučenie vykonala