|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………….…. PESEL:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dowód tożsamości\*: …………………………………………………………………... Telefon:

 (w przypadku osób, które nie mają nadanego nr pesel)

Obywatelstwo:… ………………………………… Data urodzenia:……………………………

 Adres:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… kod pocztowy miejscowość Ulica nr domu/mieszkania

W celu wykonania badań laboratoryjnych **wyrażam świadomie zgodę** na *(właściwe zaznaczyć):*

 □ badanie z wymazu - test met. rRT-PCR □ badanie z wymazu - test antygenowy

i tym samym oświadczam, że poinformowano mnie o sposobie pobrania materiału i środkach ostrożności.

**ODBIÓR WYNIKÓW***(właściwe zaznaczyć)*:

**□** wynik podpisany **ELEKTRONICZNIE** poprzez konto pacjenta: erejestracja.gpsk.ump.edu.pl

□ wynik w wersji **PAPIEROWEJ** osobiście w Kontenerze wymazowym □ wynik w języku **angielskim**

Upoważniam do odbioru wyników badań …………………………………………………………………......……………… (osoba upoważniona
przy odbiorze powinna okazać dokument tożsamości oraz fakturę za wykonane badania).

Telefon kontaktowy lub adres poczty elektronicznej (opcjonalnie w celu poinformowania o konieczności powtórzenia badania) ………………………………………………………………………………

 …………………………..………………. ………..……………….……………………………….…………

Data i godzina pobrania materiału *Podpis pacjenta* lub jego przedstawiciela ustawowego

 Podpis Pracownika  *(w przypadku małoletniego >16r.ż. jego podpis i opiekuna prawnego)*

**WYDANIE WYNIKU:**

……………………………………………………………………….....……….…… *Kwituję odbiór wyniku* …………………………….………….……………………………………

 Data, godzina, podpis i pieczęć osoby wydającej wynik *Data, godzina i podpis osoby odbierającej wynik*

|  | **Ginekologiczno – Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu***ul. Polna 33, 60 – 535 Poznań* | **F120b-CL** |
| --- | --- | --- |
| Wydanie 2 | Strona 1 z 1 |
| **Zgoda pacjenta na pobranie materiału i wykonanie badań W KIERUNKU SARS-CoV-2** | LA 1.1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………….….PESEL:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dowód tożsamości\*: …………………………………………………………………... Telefon:

 (w przypadku osób, które nie mają nadanego nr pesel)

Obywatelstwo:… ……………………………….. Data urodzenia:……………………………..

 Adres:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… kod pocztowy miejscowość Ulica nr domu/mieszkania

W celu wykonania badań laboratoryjnych **wyrażam świadomie zgodę** na *(właściwe zaznaczyć):*

□ badanie z wymazu - test met. rRT-PCR □ badanie z wymazu - test antygenowy

i tym samym oświadczam, że poinformowano mnie o sposobie pobrania materiału i środkach ostrożności.

**ODBIÓR WYNIKÓW***(właściwe zaznaczyć)*:

**□** wynik podpisany **ELEKTRONICZNIE** poprzez konto pacjenta: erejestracja.gpsk.ump.edu.pl

□ wynik w wersji **PAPIEROWEJ** osobiście w Kontenerze wymazowym □ wynik w języku **ANGIELSKIM**

Upoważniam do odbioru wyników badań …………………………………………………………………......……………… (osoba upoważniona
przy odbiorze powinna okazać dokument tożsamości oraz fakturę za wykonane badania).

Telefon kontaktowy lub adres poczty elektronicznej (opcjonalnie w celu poinformowania o konieczności powtórzenia badania) ………………………………………………………………………………
 …………………………..………………. ………..……………….……………………………….…………

Data i godzina pobrania materiału *Podpis pacjenta* lub jego przedstawiciela ustawowego

 Podpis Pracownika  *(w przypadku małoletniego >16r.ż. jego podpis i opiekuna prawnego)*

**WYDANIE WYNIKU:**

……………………………………………………………………….....……….…… *Kwituję odbiór wyniku* …………………………….………….…………………………………………

 Data, godzina, podpis i pieczęć osoby wydającej wynik *Data, godzina i podpis osoby odbierającej wynik*