***ŽIADOSŤ O ELEKTRONICKÉ SPRÍSTUPNENIE VÝSLEDKOV LABORATÓRNYCH VYŠETRENÍ***

*Ja dolu podpísaná/ý:*

*Meno a Priezvisko:........................................................................................................*

*Rodné číslo1: .......................................................................................................*

*č. OP/VO/CD: .......................................................................................................*

*kontakt: tel:. .......................................................................................................*

*email:. .......................................................................................................*

***ŽIADAM O ELEKTRONICKÉ SPRÍSTUPNENIE MOJICH VÝSLEDKOV laboratórnych vyšetrení uskutočnených v spoločnosti ERSTE Medical Group a..s.******týmto ako zákonný zástupca***

*Meno a Priezvisko:..............................................................*

*Rodné číslo: ...................................................*

*názov a označenie dokladu: ...............................................................................*

*zo dňa: ...............................*

***ŽIADAM O ELEKTRONICKÉ SPRÍSTUPNENIE JEHO/JEJ VÝSLEDKOV laboratórnych vyšetrení uskutočnených v spoločnosti ERSTE Medical Gorup, a.s.****Týmto čestne vyhlasujem, že:*

* *som nezamlčal a ani neuviedol žiadnu informáciu, ktorá by mohla týmto poskytovateľovi údajov spôsobiť akúkoľvek škodu a v prípade nepravdivosti akýchkoľvek údajov a informácii poskytnutých v tomto čestnom vyhlásení alebo v súvislosti s ním zodpovedám za akúkoľvek škodu, ktorá vznikne v súvislosti s takto nepravdivo poskytnutými údajmi a /alebo informáciami;*
* *všetky mnou poskytnuté údaje sú aktuálne a správne;*
* *som oprávnený konať ako zákonný zástupca neplnoletého žiadateľa alebo žiadateľa zbaveného*
* *spôsobilosti k právnym úkonom a zároveň zodpovedám za pravdivosť vyššie uvedených osobných údajov Blízkej osoby, ako aj všetkých informácii, ktoré som poskytol v tomto čestnom vyhlásení alebo v súvislosti s ním;*
* *potvrdzujem, že som v súlade s príslušnými predpismi na ochranu Osobných údajov oprávnený poskytnúť osobné údaje Blízkej osoby za vyššie uvedeným účelom (napr. disponujem potrebným súhlasom, alebo som oprávnený poskytnúť tieto údaje aj bez súhlasu na základe príslušného právneho predpisu);*
* *som si vedomý toho, že spoločnosť ERSTE Medical Group a.s. ako poskytovateľ zdravotnej starostlivosti prevádzkujúci spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky je v zmysle zákona*

*oprávnená nesprístupniť niektoré výsledky vyšetrení, ktoré v zmysle zákona je oprávnený sprístupniť pacientovi len indikujúci/ošetrujúci lekár;*

* *som si vedomý, že spoločnosť ERSTE Medical Group a.s. mi bude výsledky mojich vyšetrení sprístupňovať elektronicky až do písomného odvolania tejto žiadosti.*

*Pre správne vyplnenie žiadosti je z vašej strany potrebné: -* ***správne vyplniť vaše osobné údaje*** *(prosíme o dôslednosť pri ich vypĺňaní),*

***- doručiť žiadosť poštou*** *(sken podpísanej žiadosti zaslaný elektronicky neakceptujeme). Adresu nájdete v pätičke tejto žiadosti), alebo môžete žiadosť doručiť osobne:* ***- žiadosť doručíte osobne*** *na jednu z našich recepcií v centrálnom laboratóriu v BA, NR alebo KE, kde náš personál overí vašu totožnosť.*

*-* ***vlastnoručne žiadosť podpíšete pred našim zamestnancom*** *(elektronický podpis neakceptujeme),*

*V..................................dňa.................... ...................................................... vlastnoručný podpis*

*Totožnosť pacienta overil:*

*........................................*

*Meno a Priezvisko  
 podpis*