

Szülői / törvényes képviselői hozzájáruló nyilatkozat

Kiskorú gyermek vérvételéhez és laboratóriumi vizsgálatához

Kérjük, a nyilatkozatot nyomtatott betűkkel, olvashatóan töltse ki, és a vérvétel előtt adja át munkatársunknak.

1 A kiskorú adatai

Gyermek neve: _____

Születési hely, idő: _____ TAJ-szám: _____

Lakcím: _____

2 Szülő / törvényes képviselő adatai

Név: _____

Születési hely, idő: _____

Lakcím: _____

Telefonszám / e-mail: _____

3 Hozzájárulás

Alulírott, mint a fent megnevezett kiskorú gyermek szülője / törvényes képviselője, hozzájárulok ahhoz, hogy gyermekemen a Vérvételi helyek (Amsonia Kft.) alább megjelölt telephelyén vérvétel, illetve a kért laboratóriumi vizsgálatok elvégzéséhez szükséges mintavétel megtörténjen.

☐ Gyál ☐ Pécel ☐ Vecsés ☐ Pestszentimre ☐ Pestszentlőrinc

Hozzájárulok ahhoz, hogy a levett vérmintából az orvos által, illetve a megrendelés/beutaló alapján kért laboratóriumi vizsgálatokat elvégezzék, és az elkészült laboratóriumi eredményeket a vonatkozó jogszabályok és adatvédelmi rendelkezések szerint kezeljék és rendelkezésre bocsássák.

Tudomásul veszem, hogy a vérvétel során átmeneti fájdalom, kellemetlenség, vérzés, véraláfutás, szédülés vagy rosszullet előfordulhat.

Kijelentem, hogy a gyermek vérvételéhez szükséges, általam ismert, egészségügyi szempontból lényeges információkat a laboratórium munkatársai részére megadom.

4 A gyermek kísérője

A gyermeket a vérvételre:

- ☐ én, a jelen nyilatkozatot aláíró szülő / törvényes képviselő kísérem el.
- ☐ gyermekem a 14. életévét betöltötte, és a vérvételen önállóan, kísérő nélkül jelenik meg.
- ☐ az alábbi személy kíséri el:

Név: _____

A gyermekhez fűződő kapcsolat: _____ Telefonszám: _____

5 A szülői hozzájárulás módja

A Vértételehelyek (Amsonia Kft.) a kiskorú gyermek vértételezéséhez és a jelen nyilatkozatban meghatározott laboratóriumi mintavételhez **egy szülő / törvényes képviselő írásbeli hozzájárulását** elfogadja.

A nyilatkozatot aláíró szülő / törvényes képviselő kijelenti, hogy a gyermek törvényes képviselőjére jogosult, és a jelen hozzájárulás megadására jogosultsága fennáll.

A nyilatkozatot aláíró személy felelősséget vállal az általa megadott adatok és nyilatkozat valóságáért.

Amennyiben a gyermek törvényes képviselőjével kapcsolatban különleges körülmény áll fenn, illetve a laboratórium számára a képviselői jogosultság nem egyértelmű, a Vértételehelyek (Amsonia Kft.) jogosult a megfelelő igazolás vagy további hozzájárulás bemutatását kérni.

6 Adatkezelési tájékoztatás

A jelen nyilatkozatban szereplő személyes és egészségügyi adatok kezelése a **Vértételehelyek (Amsonia Kft.)** adatkezelési tájékoztatójában foglaltak szerint történik.

A nyilatkozatot aláíró személy kijelenti, hogy az adatkezelési tájékoztatót megismerte / részére az adatkezelési tájékoztatás hozzáférhetővé vált.

Az adatkezelés különösen a vértétel és a megrendelt laboratóriumi vizsgálat elvégzéséhez, a vizsgálati eredmények elkészítéséhez, dokumentálásához, megőrzéséhez, valamint a vonatkozó jogszabályok szerinti egészségügyi dokumentáció vezetéséhez szükséges adatkezelésekre terjedhet ki.

Az adatkezelés részletes célját, jogalapját, időtartamát, az adatokhoz hozzáférő személyek/címzettek körét, valamint az érintettek adatvédelmi jogait a külön adatkezelési tájékoztató tartalmazza.

Az adatkezelési tájékoztató elérhetősége: a honlapon (vervetelihelyek.hu)

☐ Az adatkezelési tájékoztatót megismertem.

7 Nyilatkozat

Kijelentem, hogy a jelen nyilatkozat tartalmát elolvastam, megértettem, és a fentiek szerint hozzájárulok a kiskorú gyermek vértételezéséhez, valamint a szükséges laboratóriumi vizsgálatok elvégzéséhez.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

Szülő / törvényes képviselő neve (nyomtatott betűkkel)

Aláírás

LABORATÓRIUMI HASZNÁLATRA

A nyilatkozatot ellenőrizte / átvette:

Név: _____

Dátum: _____

Aláírás: _____

Megjegyzés: _____