**Informovaný súhlas pacienta(ky) / zákonného zástupcu**

 **Údaje pacienta/ ky :**

**Priezvisko:** ....................................................... **Meno:** .............................. **RČ:** ..................../............

**1. Názov výkonu:**

a) Diagnostické genetické testování

b) Kontrola kvality DNA diagnostiky a výzkum

**Informácie o potrebnom diagnostickom výkone:**

Testovanie a vyhodnotenie biologickej vzorky prostredníctvom odberového systému in vitro na princípe výplachu ústnej dutiny kloktaním na odber biologického materiálu za účelom detekcie SARS-CoV-2 prostredníctvom vyšetrenia technikou polymerázovej reťazovej reakcie (PCR test), s cieľom zabezpečenia diagnostiky infekčného respiračného ochorenia COVID-19, vyvolaného novým koronavírusom SARS-CoV-2 prostredníctvom techniky polymerázovej reťazovej reakcie (RT - PCR) zo vzoriek vypláchnutého biologického materiálu z ústnej dutiny. Odber biologického materiálu sa uskutoční v prítomnosti zamestnanca školy a v neprítomnosti zákonného zástupcu žiaka.

**Súhlas pacienta(ky)/zákonného zástupcu:**

Ja, dolupodpísaný(á), vyhlasujem, že som bol(a) zrozumiteľne informovaný(á) o navrhovanom vyšetrení, Na základe poskytnutých informácií a po vlastnom uvážení súhlasím s vykonaním odberu biologickej vzorky formou výplachu ústnej dutiny/kloktaním a následného laboratórneho vyšetrenia.

Na základe tohto poučenia vyhlasujem, že **súhlasím s vykonaním horeuvedeného vyšetrenia.**

V ……………………………….. dňa .................................

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

Podpis pacienta(ky)/zákonného zástupcu

 **Identifikácia zákonného zástupcu:**

Meno a priezvisko: ................................................................... Dátum narodenia: ............................................ Vzťah k pacientovi: ............................................................................................. ................................................................