



LABORÁTORIUMI VONALKÓD
HELYE (A LABOR TÖLTI KI)

Kérjük a kérelapot nyomtatott betűkkel kitölteni!

**VIZSGÁLTKÉRŐ LAP VIZELET ÖNMINTAVÉTELES MINTÁBÓL VÉGZETT
HPV ÉS/VAGY STD KÓROKOZÓ PCR VIZSGÁLATHOZ /// UNISEX
PRIVÁT, FIZETŐS MEGRENDELÉS**

PÁCIENS ADATAI		MINTAÁTVÉTELI HELY ¹
Név:		A MINTAÁTVÉTEL HELYE (A LABOR TÖLTI KI)
TAJ: <input type="text"/>	Anyja neve:	
Születési dátum:	Nem: <input type="checkbox"/> nő <input type="checkbox"/> férfi	
Lakcím (jelenlegi tartózkodási cím):		
Telefonszám:	Állampolgárság:	
		Az önmintavételi csomag külsején a mintaátvételt pecséttel és aláírással igazoló SYNLAB mintavételi hely

MINTATÍPUS

Colli-Pee® UCM® FV-5010 (Novosanis) eszközzel vett önmintavételes vizeletminta

KÉRT VIZSGÁLAT

Kérjük, a termék dobozának oldalán található termékjelölő matricáról válassza le a jobb oldali, világoskék színű vizsgálatjelölő matricát, és ragassza fel a megfelelő vizsgálat neve mellett található rubrikába. **FONTOS!** Kizárólag felragasztott matricával együtt fogadunk be kérelapot.

BASIC BIZTONSÁG /// UNISEX Önmintavételes teszt a leggyakoribb STD kórokozók kimutatására vizeletmintából (PCR)	BASIC BIZTONSÁG UNISEX (matrica helye)
HPV TESZT /// UNISEX Önmintavételes teszt a magas kockázatú HPV fertőzés kimutatására vizeletmintából (PCR)	HPV TESZT UNISEX (matrica helye)
EXTRA BIZTONSÁG /// UNISEX Önmintavételes teszt a leggyakoribb STD kórokozók és a magas kockázatú HPV fertőzés kimutatására vizeletmintából (PCR)	EXTRA BIZTONSÁG UNISEX (matrica helye)
MAXI BIZTONSÁG /// UNISEX Önmintavételes teszt a leggyakoribb STD kórokozók és a magas kockázatú HPV fertőzés kimutatására vizeletmintából (PCR) <i>+ speciális kockázatú STD kórokozókkal való fennálló és korábbi fertőződés kimutatása (a vérmintához tartozó vizsgálatkérés a SYNLAB mintavételi helyén kerül regisztrálásra az ott kapott számla, e-mailben kapott webshop utalvány, vagy egyéb voucher ellenében)</i>	MAXI BIZTONSÁG UNISEX (matrica helye)
<input type="checkbox"/> Angol lelet (felár ellenében) ²	

KIEGÉSZÍTŐ ADATOK

Mintavétel ideje: év hó nap óra perc

Fizetés módja:

vérvételi helyen történt vásárlással, ezesetben kérjük adja meg a számla azonosítót: _____

webshop-on keresztül, ezesetben kérjük adja meg az e-mailen kapott utalványkódot: _____

A vizsgálati anyag feldolgozásra alkalmatlan (vagy csak korlátozottan alkalmas), ha az anyag vétele/tárolása/szállítása nem megfelelő módon történt. A laboratórium nem dolgozza fel a vizsgálati mintát, ha a kísérőlap hiányosan kerül kitöltésre, ha olvashatatlan, illetve, ha a mintán és a kísérőlapon szereplő azonosító jelzések nem egyeznek.

LELETKÜLDÉS MÓDJA

Leletküldési e-mail cím: _____ @ _____

¹ Az adatok megadása az önmintavételi csomag SYNLAB vérvételi helyén történő leadása esetén szükséges.

² Lásd a hivatalos SYNLAB árlistát.

NYILATKOZAT

Aláírással igazolom, hogy a kérelmek tartalmát (beleértve a kért vizsgálatokat, a személyes adatokat és a leletküldés e-mail címét is), leellenőriztem és helyesnek találtam. Tudomásul veszem, hogy az adatok utólagos módosítására kizárólag az eredeti azonosító dokumentumok alapján van lehetőség.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, és aláírással igazolom, hogy a vizsgálatkérő lapon feltüntetett személyes adatok a valóságnak megfelelnek, a leadott/elküldött biológiai minta saját mintám, amelyet a mintavételi eszköz mellé csatolt útmutató alapján vettem le.

Alulírott tudomásul veszem, és hozzájárulok, hogy a SYNLAB Hungary Kft. arra jogosult személyzete a magánfinanszírozott laboratóriumi ellátás során a kért vizsgálatok elvégzése érdekében, illetve számlázási célból a személyes és különleges személyes adataimat kezelje, valamint a mintámat és vizsgálati eredményeimet szükség esetén a kért vizsgálat elvégzése és/vagy konfirmálása, vagy szakértői interpretáció céljából – az adatvédelmi szabályok betartásával – a SYNLAB csoporton belüli vagy kívüli laboratóriumba, illetve szolgáltatóhoz továbbítsa, ez esetben a vizsgálati eredmény közvetlenül a vizsgálatot végző laboratóriumból, illetve szolgáltatótól is érkezik. A kezelt adatok köre az alábbi lehet: páciens vezeték- és utóneve, születés kori neve, születési helye és dátuma, anyja leánykori vezeték- és utóneve, neme, állampolgársága (amennyiben nem magyar állampolgárságú), esetlegesen e-mail címe és telefonszáma, lakóhelye, tartózkodási helye (amennyiben van), lelet értelmezéséhez szükséges kórtörténeti adatok, kért laboratóriumi vizsgálatok, vizsgálati eredmények, páciens aláírása. Az adatkezelés időtartama: jogszabály szerint (az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 30.§-a valamint a Számvitelről szóló 2000. évi C. törvény („Számviteli törvény”) 169. § (1) bekezdésében meghatározott megőrzési idő szerint).

Tájékoztatást kaptam arról, hogy a SYNLAB laborinformatikai rendszereiben a könnyebb azonosíthatóság és visszakereshetőség miatt TAJ-számon tartják nyilván a pácienseket. Tudomásul veszem, hogy a laborinformatikai rendszerek egyik automatikus működése, hogy a vizsgálatok térítési formájától függetlenül jogviszony ellenőrzést indítanak a NEAK rendszerében, amelyhez ezen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok.

Alulírott kifejezetten tudomásul veszem a tájékoztatást, hogy SYNLAB Hungary Kft. minden kiadott negatív, pozitív, vagy kétes laboratóriumi eredményt és a páciens adatait a fertőző betegségek jelentésének rendjéről szóló 1/2014. (I. 16.) EMMI rendelet alapján a Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK) által működtetett Országos Szakmai Információs Rendszer (OSZIR) Járványügyi Szakrendszer Fertőzőbeteg-jelentő alrendszerébe lejelenti. A hatóságok ez alapján megkezdhetik a járványügyi kivizsgálási folyamatot.

Tájékoztatást kaptam arról, hogy az elkészült leleteket a SYNLAB köteles az Országos Kórházi Főigazgatóság, az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) rendszerén keresztül továbbítani. A TAJ-szám az adattovábbítás szükséges feltétele, ezért ha Ön nem adja meg TAJ-számát, az EESZT felé az adattovábbítást a SYNLAB nem tudja sikeresen teljesíteni.

Felhívjuk figyelmét, hogy laboratóriumi eredményeinek EESZT rendszerben való láthatóságára vonatkozóan Önnek lehetősége van digitális önrendelkezés keretében hozzáférési korlátozások beállítására, melyet az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 2015. évi CCXXIV. törvényben módosított rendelkezések teszik lehetővé. Digitális önrendelkezését az EESZT Lakossági Portálján, a www.eeszt.gov.hu honlapján teheti meg.

Jelen nyilatkozat aláírásával kérem, illetve hozzájárulok ahhoz, hogy a SYNLAB Hungary Kft. az elkészült vizsgálati leleteimet az általam itt megadott e-mail címre továbbítsa, tudatában annak, és – figyelembe véve az alábbi tájékoztatást –, hogy az interneten e-mailben történő adatküldés nem teljesen biztonságos. Tudomásul veszem, hogy az e-mailben leletküldési üzenet és annak bármely csatolt anyaga bizalmas egészségügyi adatokat tartalmaz. Elfogadom, hogy a SYNLAB Hungary Kft. nem vállal felelősséget az üzenet teljes és pontos – címzetthez történő – eljuttatásáért, valamint semmilyen késésért, kapcsolat megszakadásából eredő hibáért, vagy az információ felhasználásából vagy annak megbízhatatlanságából eredő kárért, saját számítástechnikai rendszerén kívül.

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben leletküldési e-mail címet jelen kérelmel nem ad meg, úgy utólagos azonosítás mellett kérheti az elkészült lelet e-mail címre való elküldését.

A fenti tájékoztatás nem teljeskörű, további részletes tájékoztatás az adatkezelésről a www.synlab.hu weboldalunkon található. A fentiek tudomásul vettem, hozzájárulásomat aláírással igazolom:

Kelt: _____

_____ páciens aláírása