Az aláírt beleegyező nyilatkozat és betegtájékoztató **visszavonásig** vagy a **produkció / forgatás végéig érvényes** a további szűrések alkamával nem kerül kitöltésre és aláírásra.

*The signed consent form an patient information leaflet is* ***valid until revoked*** *or* ***until the end of the production / shooting****. The documents will not be signed during further testing.*

Kijelentem, hogy beleegyezésemet önként, befolyástól mentesen adom, annak tudatában, hogy az bármikor szóban vagy írásban indoklás nélkül visszavonható.

*I declare that I give my consent voluntarily, without influence, knowing that it may be revoked at any time, orally or in writing, without giving reasons.*

Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom arról, hogy a lent megadott adatok a valóságnak megfelelnek.

*Aware of my criminal responsibility, I declare that the information provided below is true.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Név / Name:** | {SZEMÉLY\_NÉV} |
| **Születési hely, idő / Place of birth and date:** | {SZEMÉLY\_SZÜLIDŐ},{SZEMÉLY\_TELEPÜLÉS} |
| **TAJ szám*\** / Health insurance number*\**** | {SZEMÉLY\_AZON} |

*(\*Amennyiben nem rendelkezik TAJ számmal az EU-kártya száma, nem EU-országból származó betegek esetén útlevélszám írandó be.)*

*(\* If the EU card number does not have a TAJ number, passport number for patients from non-EU countries)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kelt. / Date: |  | , 2020. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | aláírás\* / signature\* |

*\*18 éven aluli személy esetén a hozzájárulást a törvényes képviselőnek kell megadni.*

*(Cselekvőképtelen kiskorú, vagy egyébként cselekvőképtelen személy esetén a hozzájárulást törvényes képviselője adhatja meg. Korlátozottan cselekvőképes kiskorú, vagy e tekintetben egyébként korlátozottan cselekvőképes személy hozzájárulása törvényes képviselőjének hozzájárulásával együtt érvényes.)*

*\* In the case of a person under the age of 18, the consent must be given by the legal representative.*

*(In the case of a minor who is incapacitated or a person who is legally incapacitated, the consent may be given by his or her legal representative. The consent of a minor with limited legal capacity or a person with limited legal capacity in this respect shall be valid together with the consent of his or her legal representative.)*

**Beleegyező nyilatkozat – ANTIGÉN TESZT**

SARS-CoV-2 vírus kimutatás Antigén Teszt Vizsgálattal (nemzetközi standardoknak megfelelő eljárással) elvégzéséhez a **WHITE COMPLET DENT PLUS Kft.** & **GYÓGYÍTÓ MAGYAROK Kft.** továbbiakban, mint *Mintafeldolgozó és Adatkezelő* részére.

|  |  |
| --- | --- |
| **Név:** {SZEMÉLY\_NÉV} | **Törvényes képviselő / gyám: na** |
| **Születési hely, idő**: {SZEMÉLY\_SZÜLIDŐ},{SZEMÉLY\_TELEPÜLÉS} | **TAJ szám\*:** {SZEMÉLY\_AZON} |
| **Anyja neve:** Nincs adat | **Háziorvos neve:** {ORVOS\_NÉV} |
| **Telefonszáma:** Nincs adat | **Háziorvos telefonszáma:** {ORVOS\_EMAIL} |
| **E-mail:** {SZEMÉLY\_EMAIL} | **Mintavétel ideje (óra, perc):** {MEGJELENT} |

*(\*Amennyiben nem rendelkezik TAJ számmal az EU-kártya száma, nem EU-országból származó betegek esetén útlevélszám írandó be.)*

Nyilatkozom, hogy a mintaadás előtt megfelelő tájékoztatást kaptam.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a levett mintából előszűrés céljából a SARS-CoV-2 vizsgálatot elvégezzék, a mintámat, a személyazonosító adataimat, illetve a vizsgálattal kapott adatokat együttesen, a vonatkozó adatvédelmi jogszabályok követelményeinek megfelelően kezeljék.

Hozzájárulok ahhoz, hogy az Adatkezelő a vizsgálati eredményt az általam megadott e-mail címre, elektronikus formában juttassa el titkosított dokumentum formájában. Tudomásul veszem, hogy az interneten történő adatközlés a fenti biztonsági intézkedések mellett is kockázatokkal jár, amelyre az Adatkezelőnek nincs befolyása.

A fenti kockázatot elfogadom.

Pozitív minta esetén vállalom, hogy a szolgáltató által javasolt módon járok el, és mindenkori eljárásrend szerint betartom a fertőzéssel kapcsolatosan rám vonatkozó szabályokat.

Tudomásul veszem, hogy részletes tájékoztatás a minta- és adattovábbításról megtalálható a Mintafeldolgozó honlapján (www.koronavirusteszt.net).

Tudomásul veszem, hogy bármely adat hiányában a vizsgálatot a Minta feldolgozójának nem áll módjában feldolgozni.

Kijelentem, hogy beleegyezésemet önként, befolyástól mentesen adom, annak tudatában, hogy az bármikor szóban vagy írásban indoklás nélkül visszavonható.

Aláírásommal igazolom, hogy az Adatkezelő adatkezelési szabályzatát\* elolvastam, annak tartalmát elfogadom.

*\*Az adatkezelési tájékoztató online megtalálható a* [www.koronavirusteszt.net](header1.xml) *oldalon.*

Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom arról, hogy a fent megadott adatok a valóságnak megfelelnek.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kelt.: |  | , 2020. |  |  |  |

BETEGTÁJÉKOZTATÓ – ANTIGÉN teszt

Az ANTIGÉN TESZT direkt víruskimutatáson alapul, mely a vírus fehérje részét képes kimutatni. Ez a teszt csak akkor alkalmazható, ha a koronavírus már megtalálható a véráramban és a légutak nyálkahártyáján, tehát ha már észleltünk magunkon tüneteket. Nagy előnye, hogy a vírus a klinikai tünetek megjelenése előtt néhány napban is pozitív eredményt mutat, de nem minden esetben, ezért lehet szükséges azt megismételni. Pozitivitás esetén szükség lehet megerősítő PCR vizsgálatra, hogy a fertőzést biztosan igazolni tudjuk. Csak a PCR-el igazolt pozitív eset mondható biztosan fertőzöttnek.

A levett mintából, a reagenssel a kiértékelési eljárást háttérlaborunkban vagy a helyszínen végezzük, ahol a mobilteszt segítségével direkt módon képesek vagyunk kimutatni a vírust. Leletet maximum 24 órán belül email-ben küldünk.

**Antigén teszt - hogyan?**

Egy mintavevő pálca segítségével, reggel éhgyomorral érkező betegnél végezzük a vizsgálatot. A páciensnek sem enni, sem inni, sem fogat mosni, sem dohányozni nem szabad a vizsgálat előtt. Lehetőleg minél korábban az ébredés után tanácsos elvégezni.

A mintavevő pálca segítségével vesszük a mintát. A beteget először arra kérjük, hogy zárt száj mellett három kisebb köhögést végezzen vagy krákogjon, majd ezt követően nyitott szájjal a garat mindkét oldaláról - a mintavevő pálcával - mintát nyerünk. Akkor végezzük jól a vizsgálatot, ha a páciens öklendezik a vizsgálat közben.

**Antigén teszt eredménye:**

**Pozitivitás esetén:** a betegtől levett légúti mintában sikerült kimutatni a vírust, tehát a beteg, fertőzött. Pozitív minta esetén a beteg fertőzöttnek tekintendő, azonban hivatalosan ezt csak egy megerősítő PCR vizsgálat után tudjuk kimondani. Álpozitív eset nem létezik, ezért a levett minta alapján a pozitív eset minden alkalommal fertőzöttnek tekintendő

**Negatívitás eseten:** a betegtől levett legúti minta nem tartalmazza a vírust, azonban felmerülő gyanú vagy tünetek megjelenése esetén javasoljuk megerősítő PCR elvégzését.

**A fent olvasott tájékoztatót tudomásul veszem, arra vonatkozó járványügyi vonzatokozásokba beleegyezem, tekintettel a rendkívüli helyzetre hozzájárulok, hogy adataimat a szolgáltató járványügyi intézkedések céljából a mindenkori eljárásrend szerint harmadik fél számára szolgáltassa.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Név:** | {SZEMÉLY\_NÉV} |
| **Születési hely, idő:** | {SZEMÉLY\_SZÜLIDŐ},{SZEMÉLY\_TELEPÜLÉS} |
| **Anyja neve:** | nope |
| **TAJ szám\*:** | nope |
| **Törvényes képviselő / gyám:** | nope |

*(\*Amennyiben nem rendelkezik TAJ számmal az EU-kártya száma, nem EU-országból származó betegek esetén útlevélszám írandó be.*

**VIZSGÁLATI ÖSSZEFOGLALÓ**

**SZEROLÓGIAI VIZSGÁLAT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Név:** |  | {SZEMÉLY\_NÉV} |
| **Születési idő:** |  | {SZEMÉLY\_SZÜLIDŐ} |
| **TAJ szám\*:** |  | {SZEMÉLY\_AZON} sz.a. |
| **Lakcím:** |  | {SZEMÉLY\_TELEPÜLÉS} |
| **Telefonszám:** |  | na |
| **E-mail cím:** |  | {SZEMÉLY\_EMAIL} |
| **Vizsgálati anyag:** |  | *vér* |

*(\*Amennyiben nem rendelkezik TAJ számmal az EU-kártya száma, nem EU-országból származó betegek esetén útlevélszám írandó be)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Elvégzett vizsgálatok** | COVID-19 IVD immunológiai diagnosztikai vizsgálat | | | |
| **Infektológiai vélemény** | A vizsgálat értékelése és minőségbiztosítási kontrollja: | | | |
| **Orvos neve:** | Dr. Gábor | **Pecsétszám:** | 42069 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Megnevezés** | **Minősítés** | **Vélemény** |
| SARS CoV-2 IgM |  | Specifikus SARSCoV-2 elleni ellenanyagot nem sikerült azonosítani. A SARSCoV-2 (COVID-19) fertőzéssel szemben fogékony nagy valószínűséggel. |
| SARS CoV-2 IgG |  | Specifikus SARSCoV-2 elleni ellenanyagot nem sikerült azonosítani. A SARSCoV-2 (COVID-19) fertőzéssel szemben fogékony nagy valószínűséggel. |
| Infektológiai vélemény | - | PCR vizsgálat javasolt |

**Szakorvosi javaslat:** Az új koronavírus fertőzésveszély minimalizálása miatt fontos, hogy a továbbiakban fokozottan figyeljen a személyes higiénia betartására (rendszeres és alapos kézmosás, a környezetében lévő tárgyak rendszeres takarítása, fertőtlenítése), valamint a járványügyi veszélyhelyzet időtartama alatt a személyes érintkezések minimalizálására.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kelt.: |  | , 2020. |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Dr. b |
| aláírás |