

## ŽIADOSŤ O ELEKTRONICKÉ SPRÍSTUPNENIE VÝSLEDKOV LABORATÓRNYCH VÝŠETRENÍ

Ja dolu podpísaná/ý: Meno a Priezvisko:.....

Rodné číslo<sup>1</sup>:..... č. OP/VO/CD:.....

kontakt: tel. .... email .....

**ŽIADAM O ELEKTRONICKÉ SPRÍSTUPNENIE MOJICH VÝSLEDKOV laboratórnych vyšetrení uskutočnených v spoločnosti Medirex, 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 Medirex, 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 informácií 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 informácií, 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 Medirex, 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/ošetrojúci lekár;
- som si vedomý, že spoločnosť Medirex, 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 vyplňaní),  
- **osvedčiť pravosť podpisu na žiadosti pred notárom/matrikou**  
- **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 (overený notárom)

Totožnosť pacienta overil:

\_\_\_\_\_  
Meno a Priezvisko

\_\_\_\_\_  
podpis

<sup>1</sup> u cudzinca iný identifikátor pokiaľ nemá pridelené rodné číslo