

Acest document conţine informaţii şi date care sunt proprietatea Spitalului Orăşenesc "Dr. Valer Rusu" Luduş
Reproducerea şi difuzarea sunt în exclusivitate drepturile spitalului.

DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE Pentru prevenirea şi combaterea infecţiilor cu CORONAVIRUS (CODIV-19)

Subsemnatul domiciliat(ă) în/ reşedinţa actuală în loc.
str. Nr. bl. Sc. Ap. Jud./Sector, Țară
....., posesor al actului de identitate Paşaport/ CI Seria Nr. CNP
Număr telefon..... în calitate de pacient/ă;

După care am luat la cunoştinţă că furnizarea de informaţii false şi/sau incomplete, către instituţia dumneavoastră, poate să conducă la următoarele consecinţe:

- Condamnarea penală a subsemnatului la închisoare pentru săvârşirea infracţiunilor prevăzute în art. 326 – privind falsul în declaraţii şi art 352 – privind zădărnicierea combaterii bolilor, sancţionarea de Codul Penal al României, precum şi oricare altă infracţiune prevăzută de Codul Penal sau legi special care ar putea rezulta din declararea necorespunzătoare a adevărului şi/sau din declaraţii incomplete;
- Suportarea de către subsemnatul a tuturor pagubelor şi cheltuielilor cauzate unităţii sanitare ca urmare a perturbării activităţii din măsuri de carantină sau orice alte măsuri care se vor impune generate de răspândirea COVID-19;

A. Declar pe proprie răspundere, sub sancţiunile prevăzute de Codul Penal al României, privind declaraţiile neadeverate următoarele:

1. Aţi prezentat unul sau mai multe dintre simptomele de mai jos apărute brusc, în ultimele 14 zile?

	DA	NU
Febră		
Frisoane (friguri)		
Dificultate la respiraţie (scurtarea respiraţiei)		
Tuse		
Coriză (guturai) inflamaţie a mucoasei nazale		
Anorexie/Greţuri/Vărsături		
Slăbiciune generală		
Diaree		
Durere în gât		
Cefalee (durere de cap)		
Rinoree (secreţii nazale, curge nasul)		
Pierdere miros (anosmie) /gust (ageuzie)		
Status mental alterat		
Mialgii (dureri musculare)		

2. Aţi avut spitalizări în ultimele 14 zile?

☐ DA Dacă DA,

Unde?.....

☐ NU

3. Aţi avut contact cu mediul spitalicesc în ultimele 14 zile (analize laborator, consult ambulator, însoţitor persoană bolnavă) ?

☐ DA

☐ NU

4. Locuiţi în aceeaşi gospodărie cu un pacient confirmat cu COVID-19?

☐ DA

☐ NU

5. Aţi avut contact fizic direct cu un caz confirmat de COVID – 19 (Ex. strângere de mână neurmă de igiena mâinilor)?

☐ DA

☐ NU

6. V-aţi aflat în aceeaşi încăpăre cu un caz de COVID – 19 timp de 15 minute şi la o distanţă mai mică de 2 m?

☐ DA

☐ NU

B. Alte menţiuni

C. Subsemnatul/a mă oblig ca în cazul în care, după semnarea acestei Declaraţii pe proprie răspundere, voi intra în contact cu un caz confirmat Covid-19 sau cu persoane despre care cunosc că au călătorit în străinătate, să nu mai intru în contact cu personal medical, pacienţi sau cu orice altă persoană, conştient fiind de consecinţele ce se pot produce în acest caz, urmând să întreprind şi să respect toate măsurile ce vor fi hotărâte de organele abilitate, în acel moment

D. Declar totodată că înţeleg pe deplin consecinţele declaraţiei mele şi care prin semnarea acesteia sunt de acord pe deplin conştient că, în cazul în care cele declarate nu corespund adevărului sau sunt false şi/sau incomplete, voi suporta toate consecinţele asumate prin prezenta.

Data:

Pacient:

Consiliul Local Luduş

Spitalul Orăşenesc „Dr. Valer Rusu” Luduş

Romania, 545200, Luduş, Judeţul Mureş, B-dul 1 Decembrie 1918, Nr. 20

CUI: 4323543, Tel :+40-265-411889, Fax :+40-365-430755, e-mail :spludus@gmail.com , www.spital-ludus.ro

Operator de date cu caracter personal înregistrat la ANSPDCP nr. 13540

Acest document conţine informaţii şi date care sunt proprietatea Spitalului Orăşenesc "Dr. Valer Russu" Luduş
Reproducerea şi difuzarea sunt în exclusivitate drepturile spitalului.

Cod document: PG-29-F3, Ed.5/Rev0

INFORMARE cu privire la Prelucrarea Datelor cu Caracter Personal

Scopul colectării datelor este acordarea de servicii medicale în condiţiile legii.

Sunteţi obligat/(a) să furnizaţi datele, acestea fiind necesare legalităţii acordării serviciilor medicale.

Informaţiile înregistrate sunt destinate utilizării de către operator şi imputernicitul sau şi sunt comunicate doar autorităţilor abilitate în domeniul medical (Ministerul Sănătăţii Publice, casa de Asigurări de Sănătate, DSP, imputerniciţi ai acestora).

Conform legislaţiei, beneficiaţi de dreptul de acces, de intervenţie asupra datelor, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale şi dreptul de a vă adresa justiţiei. Totodată, aveţi dreptul să vă opuneţi prelucrării datelor personale care vă privesc şi să solicitaţi ştergerea datelor în condiţiile legii. Pentru exercitarea acestor drepturi vă puteţi adresa cu o cerere scrisă, datată şi semnată Şef de Laborator. Datele dumneavoastră nu vor fi transferate în afara României de către operator sau imputernicitul său.

Dacă unele din datele despre dumneavoastră sunt incorecte, vă rugăm să ne informaţi cât mai curând posibil.

CONSIMTAMANT LIBER EXPRIMAT Cu privire la prelucrarea Datelor cu Caracter Personal

Subsemnatul/(a) _____, CNP/data nasterii _____, declar fără echivoc că am fost informat asupra drepturilor mele conform cerinţelor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European şi al Consiliului European din 27.04.2016, a Legii nr. 677/2001 pentru protecţia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal şi protecţia vieţii private în sectorul comunicaţiilor electronice de către Laboratorul de analize medicale din cadrul Spitalului Orăşenesc "Dr. Valer Russu" Luduş, care, prin resurse proprii sau prin imputerniciţi contractuali are obligaţia de a administra în condiţii de siguranţă şi numai pentru scopurile specificate, datele personale cu caracter medical furnizate în cadrul actului medical.

Declar că sunt de acord că datele mele să fie prelucrate şi menţionez că acest acord este valabil până va fi expres revocat de către mine în condiţiile legale.

Data.....

Semnatura

.....

Cod document: PG-03-F5a, Ed. 5/Rev 0

Cerere de analiză pentru ambulator:

Datele înregistrate în cererea de analiză sunt în conformitate cu cele existente în **biletul de trimitere al pacientului**.

Acceptul meu dat pe Cererea de analiză (CA), reprezintă acordul pentru prelucrarea datelor mele personale de către Laboratorul de analize medicale din cadrul Spitalului Orăşenesc "Dr. Valer Russu" Luduş în vederea atribuirii rezultatelor analizelor solicitate în buletinul de analize medicale.

Sunt de acord cu plata analizelor nedeccontate de către casa de asigurare.

Am fost informat asupra: instrucţiunilor de pregătire în vederea recoltării şi a metodelor de autorecoltare esantioanelor, metodelor de recoltare a esantioanelor aferente prezentei cereri, metodelor de analiză utilizate de laborator. Testele cu marcajul * reprezintă teste neacreditate RENAR.

Pentru o interpretare corectă a rezultatelor dvs. vă rugăm să enumeraţi medicamentele utilizate: _____

Autorizez să **trimiteti rezultatele analizelor medicale din buletinului meu de analize pe adresa de e-mail:** _____

Pentru esantioanele recoltate pacientul / (a) îşi da acordul asupra prelucrării lor în Laboratorul de analize medicale din cadrul Spitalului Orăşenesc "Dr. Valer Russu" Luduş sau în laboratoarele contractate de acesta.

În situaţia în care aveţi o nemulţumire vis a vis de activitatea laboratorului vă informăm că aveţi posibilitatea de a face o reclamaţie scrisă. Informaţii suplimentare se obţin la Fisierul Ambulatorului de specialitate.

Recepţionat esantion primar autorecoltat: _____ data/ora: ____/____/____, data şi ora autorecoltării (urina/materii fecale) _____/____/____ a esantionului conform.

Comentarii:

Accept pacient/apartinator

Consiliul Local Luduş

Spitalul Orăşenesc „Dr. Valer Russu” Luduş

România, 545200, Luduş, Judeţul Mureş, B-dul 1 Decembrie 1918, Nr. 20

CUI: 4323543, Tel :+40-265-411889, Fax :+40-365-430755, e-mail : spludus@gmail.com , www.spital-ludus.ro

Operator de date cu caracter personal înregistrat la ANSPDCP nr. 13540