Załącznik nr 1
do Aneksu nr 2 z dnia 18.03.2018 r.

Załącznik nr 1 do umowy

..... /pieczęć Zleceniodawcy/

..... /data/

SKIEROWANIE

do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego
na profilaktykę poekspozycyjną – HIV, HBV, HCV

Kieruję Pana/ Panią .....

.....
/PESEL/

do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego celem udzielenia świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznej profilaktyki poekspozycyjnej* w wyniku kontaktu z materiałem biologicznym potencjalnie zakaźnym i ryzykiem zakażenia HIV, HBV, HCV w czasie wykonywania czynności służbowych na stanowisku ..... w dniu .....
o godz. .....

Ponadto jako Zleceniodawca zobowiązuję się do pokrycia kosztów udzielonych świadczeń zgodnie z fakturami wystawionymi przez Wojewódzki Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego.

**profilaktyka poekspozycyjna obejmuje porady lekarskie osoby eksponowanej oraz badania laboratoryjne w niezbędnym zakresie u osoby eksponowanej oraz źródła ekspozycji (jeśli jest znane).*

.....
/podpis i pieczątka Zleceniodawcy lub innej osoby upoważnionej w imieniu Zleceniodawcy/

Załącznik nr 2
do Aneksu nr 2 z dnia 18.03.2018 r.

Załącznik nr 2 do umowy

OŚWIADCZENIE / ZGODA

na wykonanie badań w kierunku zakażenia wirusami HBV, HCV, HIV w celu wykluczenia lub potwierdzenia zakażenia w/w wirusami

Ja niżej podpisany .....
imię i nazwisko, PESEL

jako osoba źródłowa, wyrażam zgodę na pobranie krwi przez .....

.....
nazwa Zleceniodawcy

i wykonanie badań w kierunku zakażenia wirusami HBV, HCV, HIV przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego dla potrzeb profilaktyki poekspozycyjnej osoby narażonej na kontakt z moim materiałem biologicznym.

..... /miejscowość, data/

..... /czytelny podpis osoby składającej oświadczenie/

Dodatkowo oświadczam, że:

1/ wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w niniejszym oświadczeniu w celu określonym wyżej,

2/ zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne,

3/ zostałem/am poinformowany/a, że Klauzula informacyjna (RODO) Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego znajduje się na stronie www.szpital.wroc.pl.

..... /miejscowość, data/

..... /czytelny podpis osoby składającej oświadczenie/