**SÚHLAS PACIENTA NA UCHOVÁVANIE, SPRACOVÁVANIE, VYŠETROVANIE A VYUŽITIE VZORIEK JEHO BIOLOGICKÝCH MATERIÁLOV NA INÉ ÚČELY**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko pacienta: \*Dátum narodenia pacienta:ďalej len „pacient“ |  |
| Meno a priezvisko zákonného zástupcu pacienta:(ak ide o pacienta, ktorý nemá spôsobilosť na právne úkony v plnom rozsahu)Číslo súdneho rozhodnutia:  |  |

\* pacient= účastník výskumu, ktorý udelil písomný súhlas so spracovaním svojich osobných údajov a údajov zo zdravotnej dokumentácie

Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice ( ďalej len „UNLP Košice“) ako poskytovateľ zdravotnej starostlivosti poskytuje zdravotnú starostlivosť pacientovi na svojom pracovisku (klinika/oddelenie): ….........................................................................................................................................................................kde mu budú odobraté vzorky biologických materiálov na účely poskytovania zdravotnej starostlivosti.

 Okrem poskytovania zdravotnej starostlivosti UNLP Košice vykonáva na svojich pracoviskách aj vedecký výskum a vývoj, vytvára podmienky a možnosti pre sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a realizuje výučbu študentov stredných a vysokých škôl zdravotníckeho zamerania. **Uchovávanie, spracovávanie, vyšetrovanie a využívanie vzoriek biologického materiálu na vedecký výskum a vývoj, vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a výučbu študentov zdravotníckeho zamerania (súhrnne ako „iné účely“) je prípustné len so súhlasom pacienta**.

 **UNLP Košice sa zaväzuje**, že pri uchovávaní, spracovávaní, vyšetrovaní a využívaní vzoriek biologického materiálu na vedecký výskum a vývoj, vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a výučbu študentov zdravotníckeho zamerania bude **dodržiavať nasledovné pravidlá:**

1. vzorky bude uchovávať, spracovávať, vyšetrovať a využívať v pseudonymizovanej forme t. j. upravené do takej podoby, v ktorej ich nemožno priradiť ku konkrétnemu pacientovi bez použitia dodatočných informácií,
2. len v rozsahu a obsahu potrebnom na daný účel (výskum a vývoj, vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov, výučba študentov),

c) spôsobom, ktorý zodpovedá danému účelu,

d) v súlade s dobrými mravmi a v záujme pacienta, bez narušenia vážnosti, dôstojnosti a bezpečnosti pacienta.

 ***Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol ako pacient riadne informovaný o tom, že vzorky môjho biologického materiálu bude UNLP Košice uchovávať, spracovávať, vyšetrovať a využívať na vedecký výskum a vývoj, pre účely vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a výučbu študentov stredných a vysokých škôl zdravotníckeho zamerania, tak ako je uvedené vyššie***. ***Prehlasujem***, že som poučeniu a informovaniu rozumel, bolo mi poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom, aby som sa slobodne rozhodol dať alebo nedať tento súhlas.

  ***Svojim podpisom potvrdzujem, že súhlasím s tým, aby UNLP Košice uchovávala, spracovala, vyšetrovala a využívala vzorky môjho biologického materiálu na vedecký výskum a vývoj, pre účely vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a pre výučbu študentov stredných a vysokých škôl zdravotníckeho zamerania.***

 Súhlas udeľujem na dobu neurčitú. Viem, že tento svoj súhlas ***môžem kedykoľvek odvolať*** a to aj bez uvedenia dôvodu a bez akýchkoľvek pre mňa nepriaznivých dôsledkov.

 V Košiciach, dňa

 …....................................................

 vlastnoručný podpis pacienta/

 zákonného zástupcu pacienta

Dátum, meno a priezvisko (čitateľne), podpis a odtlačok pečiatky lekára, ktorý pacienta/zákonného zástupcu pacienta poučil a informoval :