

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego

Formularz zgłoszeniowy uczestnictwa w Programie Wsparcia Domów Opieki Medycznej
dla osób z rozpoznaniem choroby/zespołu otępiennego w fazie łagodnej i średniozaawansowanej choroby.

Imię i Nazwisko uczestnika programu	
Pesel	

Przystępując do Programu Wsparcia Domów Opieki Medycznej oświadczam, że:
(znak X należy postawić przy oświadczeniach na które Pan/Pani wyraża zgodę)

- zamieszkuje na terenie województwa mazowieckiego (jestem osobą fizyczną mieszkającą na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego¹).
- mój stan zdrowia nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym, ale wymaga dodatkowego wsparcia poza opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
- wyrażam świadomą zgodę na udział w Programie Wsparcia Domów Opieki Medycznej.
- otrzymałam/em skierowanie do Domu Opieki Medycznej.
- nie korzystam ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej na oddziale dziennym lub w warunkach stacjonarnych.
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SZPZLO Warszawa Białołęka - Targówek oraz Mazowiecki Urząd Wojewódzki².
- wyrażam zgodę na używanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez SZPZLO Warszawa Białołęka-Targówek dla celów informacyjno - promocyjnych związanych z realizacją programu³.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis pacjenta

1) Miejsce zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

2) Na podstawie z art. 6 ust. 1 lit a. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych)

3) Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas zajęć i spotkań mogą zostać umieszczone na stronie internetowej projektu oraz portalach społecznościowych (Facebook, Instagram) oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych.

Klauzula informacyjna – Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych Pacjentów jest Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Białoleka - Targówek, adres: ul. Tykocińska 34, 03-545 Warszawa.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, Natalię Petryk-Sadowską z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@zoztargowek.waw.pl
3. Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe do celów:
 - Rekrutacji do Programu oraz kontaktu z kandydatami oraz osobami zakwalifikowanymi do Programu;
 - udzielania świadczeń zdrowotnych (diagnostyka, profilaktyka, terapia);
 - pozostałych realizacji forma wsparcia w ramach projektu (np. transport uczestników do DOM oraz ich powrót do miejsca zamieszkania)
 - zarządzania usługami opieki zdrowotnej (np. rozliczeń z płatnikiem, prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej, komunikacji, weryfikacji tożsamości przed wizytą, e-rejestracji, obsługi telefonicznej);
 - zapewnienia ochrony osób i mienia (monitoring obiektów).
4. Podstawą prawną przetwarzania danych jest: art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, tj. w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, co wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej; oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, oraz art. 6 ust. 1 lit. f RODO, tj. prawnie uzasadniony interes Administratora danych
5. Dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w szczególności zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w tym m.in. podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych oraz organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli oraz osobom upoważnionym przez Dysponenta Środków
6. Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora danych, m.in. dostawcom usług IT - przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora danych.
7. Przetwarzane dane nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy lub do organizacji międzynarodowej.
8. Dane osobowe będą przechowywane przez czas określony przepisami prawa:
 - w szczególności przez okres wynikający z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dokumentacja medyczna jest przechowywana



co do zasady przez okres co najmniej 20 lat od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. Po upływie ustawowego czasu przechowywania dokumentacji medycznej będzie ona niszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła, lub wydana Panu/Pani lub osobie przez Pana/Panią upoważnionej.

- Dane służące do celów rozliczania świadczeń zdrowotnych, a także dane służące do dochodzenia roszczeń będą przetwarzane przez okres przedawnienia tych roszczeń zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego.
- Dane przetwarzane na potrzeby księgowości i rozliczeń podatkowych są przetwarzane przez okres 5 lat od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy.

9. Przysługuje Panu/Pani prawo:

- dostępu do danych osobowych - uzyskania od Administratora danych potwierdzenia, czy przetwarzane są Pana/Pani dane osobowe, a jeżeli ma to miejsce, uzyskania dostępu do nich oraz przekazania Panu/Pani informacji w zakresie wskazanym w art. 15 Rozporządzenia;
- sprostowania Pana/Pani danych osobowych - żądania od Administratora niezwłocznego sprostowania danych osobowych, które są nieprawidłowe, uzupełnienia niekompletnych danych osobowych;
- usunięcia Pana/Pani danych osobowych - żądania od Administratora niezwłocznego usunięcia danych osobowych, jeżeli spełniona została jedna z przesłanek określonych w art. 17 Rozporządzenia, m.in. dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane. Prawo do usunięcia danych może zostać ograniczone ze względu na obowiązki Administratora związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej;
- ograniczenia przetwarzania Pana/Pani danych osobowych w przypadkach wskazanych w art. 18 Rozporządzenia, m.in. kwestionowania prawidłowości danych osobowych. Prawo do ograniczenia przetwarzania danych może zostać ograniczone ze względu na obowiązki Administratora związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej;
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w przypadkach określonych w art. 21 Rozporządzenia.
- Przysługuje Panu/Pani również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

10. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe wskazane zostały powyżej.

11. Podanie danych osobowych jest warunkiem niezbędnym do uczestnictwa w Programie w tym udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na wymogi prawne nałożone na Administratora danych, w tym m.in. konieczność prowadzenia dokumentacji medycznej. Odmowa podania danych może być podstawą do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego.

12. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Zapoznałam/Zapoznałem się

data

.....

czytelny podpis uczestnika