

--

Imię i nazwisko

Dziękujemy za wybranie Teleopieki SiDLY. Prosimy o wypełnienie poniższego formularza drukowanymi literami. Poprawne i czytelne wypełnienie formularza jest niezbędne do prawidłowego świadczenia usługi. Zebrane informacje pozwolą na udzielenie natychmiastowej pomocy lub na wezwanie służb ratunkowych.

1. Dane osobowe																			
Imię																			
Nazwisko																			
PESEL																			
Data urodzenia <small>RRRR - MM - DD</small>																			
Płeć	Kobieta <input type="checkbox"/>									Mężczyzna <input type="checkbox"/>									
Wzrost i waga	Wzrost					cm	Waga								kg				
Numer telefonu	+48														+48				
Adres zamieszkania	Kod pocztowy											Poczta <small>(jeśli dotyczy)</small>							
	Miejscowość																		
	Ulica <small>(jeśli dotyczy)</small>																		
	Numer budynku											Numer lokalu							
	Numer klatki											Piętro							
Wskazówki dojazdu dla służb ratunkowych																			

Wprowadź 15 cyfrowy numer IMEI opaski SiDLY.
Numer ten znajduje się na spodzie opakowania/pudełka opaski SiDLY

2. IMEI opaski														
Numer IMEI														

Jeżeli w pudełku wraz z urządzeniem jest naklejka z numerem IMEI przyklej ją na karcie pacjenta we wskazanym miejscu.

Naklejkę przyklej w tym miejscu

Imię i nazwisko

Wprowadź dane osoby do kontaktu. Podaj numer telefonu, adres i powiązanie.
Jeżeli osoba posiada klucz do mieszkania, zaznacz odpowiednie pole.

3. Osoba do kontaktu 1		
Imię i nazwisko		
Numer telefonu	+48	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Powiązanie <small>np. syn, sąsiad, krewny</small>		
Adres zamieszkania		
Dodatkowe informacje		Posiada klucz <input type="checkbox"/>

4. Osoba do kontaktu 2		
Imię i nazwisko		
Numer telefonu	+48	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Powiązanie <small>np. syn, sąsiad, krewny</small>		
Adres zamieszkania		
Dodatkowe informacje		Posiada klucz <input type="checkbox"/>

5. Osoba do kontaktu 3		
Imię i nazwisko		
Numer telefonu	+48	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Powiązanie <small>np. syn, sąsiad, krewny</small>		
Adres zamieszkania		
Dodatkowe informacje		Posiada klucz <input type="checkbox"/>

Imię i nazwisko

Wypełnij dane dotyczące aktualnych chorób. Zaznacz "x" w odpowiednich polach.
Jeśli posiadasz inne schorzenia, wpisz je w polu "Inne".

6. Dane medyczne																																																	
Choroby	<table><tr><td>Alzheimer</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Nadciśnienie</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Parkinson</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Astma/POChP</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Cukrzyca</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Padaczka</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Po zawale</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Aparat słuchowy</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Po udarze</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td></td><td>Choroba nowotworowa</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>Leczenie paliatywne</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Arytmie</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Jakie?</td><td colspan="3"><input type="text"/></td></tr><tr><td>Rozrusznik</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Rodzaj?</td><td colspan="3"><input type="text"/></td></tr><tr><td>Inne</td><td colspan="5"><input type="text"/></td></tr></table>	Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Nadciśnienie	<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>	Astma/POChP	<input type="checkbox"/>	Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	Padaczka	<input type="checkbox"/>	Po zawale	<input type="checkbox"/>	Aparat słuchowy	<input type="checkbox"/>	Po udarze	<input type="checkbox"/>			Choroba nowotworowa	<input type="checkbox"/>					Leczenie paliatywne	<input type="checkbox"/>			Arytmie	<input type="checkbox"/>	Jakie?	<input type="text"/>			Rozrusznik	<input type="checkbox"/>	Rodzaj?	<input type="text"/>			Inne	<input type="text"/>				
Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Nadciśnienie	<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>																																												
Astma/POChP	<input type="checkbox"/>	Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	Padaczka	<input type="checkbox"/>																																												
Po zawale	<input type="checkbox"/>	Aparat słuchowy	<input type="checkbox"/>	Po udarze	<input type="checkbox"/>																																												
		Choroba nowotworowa	<input type="checkbox"/>																																														
		Leczenie paliatywne	<input type="checkbox"/>																																														
Arytmie	<input type="checkbox"/>	Jakie?	<input type="text"/>																																														
Rozrusznik	<input type="checkbox"/>	Rodzaj?	<input type="text"/>																																														
Inne	<input type="text"/>																																																
Alergie	<input type="text"/>																																																
Uzależnienia	<input type="text"/>																																																
COVID-19	<p>Czy pacjent jest zaszczepiony przeciw COVID-19? Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Data ostatniego szczepienia: <input type="text"/><input type="text"/>. <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>. miesiąc rok</p>																																																

Wskaż miejsce przechowywania dokumentacji medycznej.

7. Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej
<input type="text"/>

Imię i nazwisko

Wpisz przyjmowane leki **na receptę** wraz z dawkowaniem i zalecaną porą przyjęcia.

10. Leki			
Lp	Nazwa leku	Dotyczy dolegliwości	Dodatkowe informacje
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Wskaż miejsce przechowywania leków.

11. Miejsce przechowywania leków

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

.....
Data i czytelny podpis

Oświadczam, iż podane w powyższym formularzu dane stanowią pełną informację o moim stanie zdrowia.

.....
Data i czytelny podpis

Oświadczam że osoby wymienione w Karcie Informacyjnej Pacjenta, jako osoby do kontaktu, mogą otrzymywać informacje o stanie mojego zdrowia.

.....
Data i czytelny podpis

Imię i nazwisko

Klauzula Informacyjna dla Użytkownika i Opiekunów

Realizując obowiązek prawny nałożony na Administratora danych przepisami art. 13 i art. 14 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwanego dalej „RODO” informujemy że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest SIDLY spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 2/31, 00-020 Warszawa (dalej: „Administrator”).
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się za pośrednictwem adresu mailowego: iod@sidly.org
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w zakresie niezbędnym do wykonywania usługi teleopieki na rzecz Użytkownika opaski telemetrycznej (zwanego dalej Użytkownikiem) na podstawie:
 - a) świadczenia usług z zakresu świadczeń medycznych (np. realizacja celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO;
 - b) gdy to konieczne, w celu ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą lub innej osoby fizycznej (np. gdy będzie konieczne udzielenie Użytkownikowi niezwłocznej pomocy) – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. d oraz 9 ust. 2 lit. c RODO;
 - c) gdy jest to konieczne z uwagi na uzasadniony interes Administratora lub strony trzeciej (np. w przypadku dochodzenia ewentualnych roszczeń lub ochrony przed roszczeniami) na podstawie art. 6 ust 1 lit. f oraz art. 9 ust. 2 lit. f RODO;
 - d) w celu kontaktu marketingowego, jednak tylko w przypadku wyrażenia przez Użytkownika i/lub Opiekuna zgody na ten cel – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
4. Obiorcą Pani/Pana danych osobowych jest każdorazowo podmiot świadczący usługę Teleopieki, przy czym Administrator danych upoważniony jest do powierzenia przetwarzania danych w tym zakresie innemu podmiotowi lub samodzielniego świadczenia usług teleopieki.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być również upoważnieni pracownicy i współpracownicy Administratora, podmioty świadczące usługi na rzecz Administratora, z którymi zostały zawarte umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz – gdy będzie to niezbędne dla świadczenia usług medycznych – podmioty świadczące takie usługi.
6. Administrator informuje, że dane osobowe:
 - Użytkownika – będą przetwarzane przez czas wykonywania umowy na świadczenie usług teleopieki, a następnie przez czas niezbędny do dochodzenia ewentualnych roszczeń z niej wynikających oraz będą przechowywane przez okres ich archiwizacji wynikający z odrębnych przepisów, dotyczących przechowywania dokumentacji medycznej;
 - Opiekuna Użytkownika wskazanego w Karcie Informacyjnej (zwanego dalej Opiekunem) - będą przetwarzane przez czas wykonywania umowy na świadczenie usług teleopieki, a następnie przez czas niezbędny do dochodzenia ewentualnych roszczeń z niej wynikających, w zakresie w jakim dane osobowe stanowią część dokumentacji medycznej, będą przechowywane przez okres ich archiwizacji wynikający z odrębnych przepisów, dotyczących przechowywania dokumentacji medycznej.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do prawidłowego wykonania usług teleopieki.
8. Źródłem Pani/Pana danych osobowych jest podmiot, który zawarł umowę na świadczenie usług teleopieki, który przekazuje Administratorowi Kartę Informacyjną wypełnioną przez Użytkownika. Ponadto Administrator będzie pozyskiwał dane osobowe Użytkownika, za pomocą opaski telemetrycznej z której Użytkownik będzie korzystał w trakcie świadczenia usługi teleopieki.
9. Administrator w ramach świadczonej usługi teleopieki przetwarza następujące dane osobowe:
 - I. Użytkownika:
 - a) dane, w tym dane medyczne, zawarte w wypełnionej Karcie Informacyjnej;
 - b) dane, w tym dane medyczne, pozyskiwane za pośrednictwem opaski telemetrycznej z której korzysta Użytkownik, to jest:
 - Wyniki pomiaru pulsu
 - Wyniki pomiaru aktywności (krokomierz)
 - Lokalizacja opaski powierzonej użytkownikowi – w wypadku rozpoczęcia procedury alarmowej
 - II. Opiekuna: Imię, Nazwisko, numer telefonu, adres zamieszkania, rodzaj powiązania z Użytkownikiem, informacja czy Opiekun posiada klucze do mieszkania Użytkownika.
10. W związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - a) dostępu do danych osobowych oraz do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych osobowych lub do ich usunięcia;
 - b) jeżeli przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody – do jej wycofania w dowolnym momencie;
 - c) wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
 - d) żądania przeniesienia danych osobowych, przeniesienie polega na otrzymaniu od Administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego i przesłaniu takich danych innemu administratorowi danych;
 - e) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią przedmiotowej klauzuli informacyjnej.

..... dnia
(miejscowość) (data) (czytelny podpis)