

## Karta Informacyjna Pacjenta

Imię i nazwisko					
Data urodzenia					
Miejsce świadczenia usługi <small>(adres zamieszkania, ulica, numer domu, numer mieszkania)</small>					
Kod pocztowy	Miejscowość:				
PESEL					
Numer telefonu Pacjenta					
Numer IMEI opaski					
Czułość detektora upadku <small>(1-najmniejsza, 5-najmocniejsza czułość)</small>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Telefon kontaktowy do najbliższych osób <small>wraz z imionami, nazwiskami oraz stopniami pokrewieństwa</small>					
Telefon osoby upoważnionej w przypadku zagrożenia zdrowia i życia <small>wraz z imionami, nazwiskami oraz stopniami pokrewieństwa. Osoby te będą upoważnione do wglądu oraz uzyskania kopii dokumentacji medycznej.</small>					
Telefon do osoby posiadającej klucz do mieszkania <small>wraz z imionami, nazwiskami oraz stopniami pokrewieństwa</small>					
Opis lokalu mieszkalnego wraz z dojazdem; bariery architektoniczne					
Nazwa oraz adres przychodni lekarza POZ					
Telefon do rejestracji POZ					
Imię i nazwisko lekarza POZ					
Osoba wychodząca z domu	Tak / Nie				
Kod do domofonu					
Miejsce przechowywania leków					
Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej					

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO PROSZĘ O WYPEŁNIENIE KARTY WIELKIMI LITERAMI

<b>Określenie stanu zdrowia oraz ocena samodzielności Pacjenta</b>	<b>Poruszanie się</b>		Osoba chodząca	<b>Stan skóry</b>		Czystość
			Osoba chodząca za pomocą osób drugih			odleżyny
			Osoba poruszająca się o balkoniku, kulach			otarcia
			Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim			grzybica
			Osoba leżąca			rany przewlekłe
	<b>Słuch</b>		Dobry	<b>Wzrok</b>		Dobry
			niedosłuch			niedowidzenie
			głuchota			osoba niewidoma
	<b>Spożywanie posiłków</b>		Samodzielnie	<b>Funkcje fizjologiczne</b>		Samodzielnie
			przy pomocy osoby drugiej			pampersy
			PEG			cewnik
			przez zgłębnik			
<b>Dieta, alergie pokarmowe</b>						
<b>Dokładny opis problemów zdrowotnych, schorzenia pacjenta</b> jeśli Pacjent posiada karty informacyjne z leczenia szpitalnego, zaświadczenia lekarskie, proszę podać również rozpoznania ICD10						
<b>Przyjmowane leki</b> Wraz z dawkowaniem						
<b>Sprawność umysłowa</b> (np. zaniki pamięci, depresja, agresja)						
<b>Nałogi</b>						
<b>Zwierzęta domowe</b>						
<b>Schemat dnia</b>						
<b>Inne</b>						

\*Wyrażam zgodę na przekazywanie powyższych informacji do Infomedic.pl Sp. Z.o.o. Sp. K. z siedzibą w Koszalinie przy ul. Morskiej 4b/15, któremu Subregionalne Centrum Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób Niesamodzielnych Bezpieczna Przystań powierza przetwarzanie danych osobowych na potrzeby świadczenia usługi całodobowej Teleopieki domowej.

.....  
Data i podpis podopiecznego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika

\*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, numeru PESEL, serii i numeru dowodu osobistego, adresu zamieszkania, adresu korespondencyjnego, adresu e-mail, numerów telefonów oraz danych szczególnych w postaci danych dotyczących zdrowia, nałogów, przyjmowanych leków, które podałem/podałam w Karcie Informacyjnej Podopiecznego przez Subregionalne Centrum Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób Niesamodzielnych Bezpieczna Przystań, z siedzibą ul. Sanguszków 28A, 33-100 Tarnów i powierzenia tych danych na rzecz Sidly Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielna 2 lok. 31, 00-020 Warszawa, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS519219, NIP: 7010435677, wraz z prawem do pod powierzenia tych danych przez Sidly na rzecz jego podwykonawców— w celu świadczenia całodobowej telefonicznej opieki.

.....  
Data i podpis podopiecznego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Sidly Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chmielna 2 lok. 31, 00-020 Warszawa, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 519219, NIP: 7010435677 dla celów marketingu bezpośredniego, wykonywanego przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych oraz automatycznych systemów wywołujących, tj. numer telefonu, zgodnie z art. 172 ustawy z dnia 16 lipca 2004r. Prawo telekomunikacyjne (Dz.U. z 2017 r., poz. 1907 ze zm.)” Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przez jej wycofaniem.

.....  
Data i podpis podopiecznego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (Dz.U.2017.1219 t.j.) w formie wiadomości tekstowej sms na podany numer telefonu na temat usług oferowanych przez Sidly sp. z o. o. w Warszawie, przy ul. Chmielna 2 lok. 31, 00-020 Warszawa, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 519219, NIP: 7010435677. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przez jej wycofaniem.

.....  
Data i podpis podopiecznego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika

## Obowiązek informacyjny

Administratorem danych osobowych jest Subregionalne Centrum Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób Niesamodzielnych Bezpieczna Przystań dalej „Zleceniodawcą”, NIP 8733266620

W sprawach związanych z Pani/a danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych. Z IOD można skontaktować się:

- wysyłając wiadomość e-mail pod adres: [subregionalnecentrum@umt.tarnow.pl](mailto:subregionalnecentrum@umt.tarnow.pl)
- pisemnie na adres: ul. Sanguszków 28A,
- osobiście (po uprzednim umówieniu się) w siedzibie ul. Sanguszków 28A, 33-100 Tarnów. Umówienie wizyty z Inspektorem Ochrony Danych można dokonać telefonicznie, kontaktując się z Biurem Obsługi Klienta, pod numerem telefonu: kontaktując się pod numerem telefonu: 14/688-00-40 (kontakt w dni robocze od godziny 7.00 do godziny 15.00)

Sidly Sp.z o.o. przetwarza dane osobowe podopiecznych i użytkowników na podstawie i w związku z realizacją świadczeń na rzecz Subregionalnego Centrum Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób Niesamodzielnych Bezpieczna Przystań na podstawie umowy o świadczenie usług teleopieki (Art. 6, ust. 1, lit. b. RODO), zgód podopiecznych (Art. 6, ust. 1, lit. a. RODO). Państwa dane o stanie zdrowia będą przetwarzane na podstawie Artykułu 9, ustęp 2, lit. A (osoba, której dane dotyczą, wyraziła wyraźną zgodę na przetwarzanie tych danych osobowych w jednym lub kilku konkretnych celach). Dotyczy to w szczególności przetwarzania danych osobowych oraz danych medycznych i nałogów w celach całodobowej telefonicznej opieki nad podopiecznym.

Celem przetwarzania danych osobowych jest:

- świadczenie na rzecz podopiecznego całodobowej usługi Teleopieki na warunkach zawartych w regulaminie o świadczenie usługi Sidly Sp. z o. o., który został udostępniony Państwu w celu realizacji usługi teleopieki, co niniejszym Państwo potwierdzają.

Zleceniodawca może również przekazywać dane osobowe następującym odbiorcom lub kategoriom odbiorców:

- firmy księgowe i audytorskie,
- kancelarie prawne,
- firmy świadczące usługi wysyłki sms jak i wiadomości e-mail,
- instytucjom takim jak: Policja, Straż Miejska, Straż Pożarna, Pogotowie Ratunkowe, Placówką Medyczną Podopiecznego, Dyspozytor Numerów Ratunkowych,
- osobom wskazanym w Karcie Informacyjnej Podopiecznego,
- dostawcy opasek – SiDLY Sp. Z.o.o. z siedzibą w Warszawie.00-020ul.Chmielna 2 lok.31

Zleceniodawca nie przekazuje danych osobowych poza EOG. Zleceniodawca będzie przechowywać dane osobowe przez cały okres obowiązywania umowy oraz 12 miesięcy po jej zakończeniu.

Ma Pan/i prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. Ma Pan/i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofanie. Skorzystanie prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody. Ma Pan/i także prawo do przenoszenia d a n y c h

Przysługuje Pani/u prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa

Zleceniodawca nie dokonuje profilowania użytkowników z wykorzystaniem ich danych osobowych

.....  
Data i podpis podopiecznego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika