

Jméno a příjmení pacienta:
Rodné číslo pacienta:
Zdravotní pojišťovna:
Jméno a příjmení zákonného zástupce:
Kontakt na zák. zástupce:
Zdrav. zařízení: OLÚM

INFORMACE A SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Já, níže podepsaný/ná

- beru na vědomí zpracování osobních údajů pacienta v souvislosti se vzdáleným monitoringem fyziologických funkcí správcem, kterým je **Ústav vývoje a klinických aplikací, z.ú.**, se sídlem Technická 372/2, 708 00 Ostrava Pustkovec, IČ: 02227126.
- uděluji souhlas se zpracováním osobních údajů pacienta a potvrzuji, že souhlas je zcela dobrovolný a ve vztahu k souhlasu se zpracováním osobních údajů můžu uplatnit veškerá práva vyplývající z Nařízení Evropského parlamentu a Rady 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (dále jen "Nařízení"). Údaje, které pro účely uvedených služeb pacient poskytne, případně které Ústav vývoje a klinických aplikací, z.ú. získá v průběhu realizace služeb jsou osobní a citlivé údaje definované v Nařízení, především monitorované hodnoty fyziologických funkcí a informace o pacientovi nutné pro účely poskytování výše uvedených služeb.
- beru na vědomí, že Ústav vývoje a klinických aplikací, z.ú. jako provozovatel Národního dohledového centra (dále jen „NDC“) je oprávněn jako správce dle Nařízení o ochraně osobních údajů zpracovávat výše uvedené údaje samo, nebo prostřednictvím smluvního partnera, který pro NDC zajišťuje poskytování určité součásti služeb; smluvní partner je oprávněn zpracovávat osobní údaje pouze v rámci úkolů, které plní v rámci poskytování služeb, a v rozsahu k tomu účelu nezbytném. Souhlas se zpracováním údajů je dán po dobu provádění monitoringu.
- souhlasím a potvrzuji, že mi bylo, doporučujícím lékařem/kou, nebo zdravotnickými pracovníky ústavního zařízení, kde se vzdálený monitoring provádí, či zaměstnancem NDC, poskytnuto poučení ve věci zpracovávání osobních údajů pacienta, osobně mně vysvětlil/a/i vše, co je obsahem této informace pro pacienta, a měl(a) jsem možnost klást otázky, na které bylo řádně odpovězeno. Prohlašuji, že jsem všemu plně porozuměl(a) a výslovně souhlasím se zpracováním osobních údajů pacienta v rámci činnosti NDC, tj. zejména se shromažďováním, zpracováváním, používáním, uchováváním dat dle výše uvedené informace a dle platných právních předpisů.
- souhlasím a potvrzuji, že jsem byl/a řádně poučen/a o právech pacienta na ochranu osobních údajů ve smyslu Nařízení o ochraně osobních údajů, zejména o právu na přístup, opravu či výmaz, o právu na omezení zpracování, právu na přenositelnost a právu vznést námitku proti zpracování, jakož i v jakém rozsahu a pro jaký účel budu data zpracovávána, a dále jsem byl/a seznámen/a se skutečností, že tento souhlas mohu kdykoliv odvolat.
- jsem byl/a informován/a o tom, že podrobnější informace o zpracování osobních údajů naleznu na internetové adrese www.ndcentrum.cz nebo mi budou poskytnuty NDC na vyžádání v textové podobě.

V dne

.....
podpis pacienta/zákonného zástupce