

### Informacje o przetwarzaniu danych pacjenta

Zgodnie z art. 13 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 – dalej RODO) informujemy, iż:

a) Współadministratorami Państwa danych osobowych są:

- MKW S.A. z siedzibą w Zakopanem przy ul. Krupówki 12, 34-500 Zakopane, KRS 0000898943, tel. 18 200 04 77,
- Locon sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Tytusa Chałubińskiego 8/lok. 73, 00-613 Warszawa, KRS 0000132823, tel. 91 887 10 01.

b) W sprawie przetwarzania danych osobowych możecie się Państwo kontaktować:

- MKW S.A. - inspektor ochrony danych Paweł Pogorzelski, tel. 888050176, mail: [ido@mkw.com.pl](mailto:ido@mkw.com.pl).
- Locon sp. z o.o.: inspektor ochrony danych Grzegorz Łuszczynski, tel. 508650563, mail: [iodo@locon.pl](mailto:iodo@locon.pl).

c) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie:

- art. 6 ust. 1 lit. a RODO w celu kontaktu z Pacjentem;
- art. 6 ust. 1 lit. b RODO w celu realizacji umowy opieki telemedycznej nad Pacjentem;
- art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu wypełnienia przez współadministratorów ciążących na nich obowiązków prawnych;
- art. 6 ust. 1 lit. f RODO w celu obrony praw i dochodzenia roszczeń przez współadministratorów w związku z prowadzoną przez nich działalnością na podstawie prawnie uzasadnionego interesu realizowanego przez Administratora;
- art. 9 ust. 2 lit. c RODO w celu ochrony Pani/ Pana żywoonych interesów, w szczególności ratowania Pani/Pana zdrowia, życia;
- art. 9 ust. 2 lit. h RODO w celu udzielania Pani/Panu świadczeń zdrowotnych;
- art. 9 ust. 2 lit. j RODO w celach archiwalnych, naukowych lub statystycznych.

d) Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty upoważnione do przetwarzania na podstawie umowy powierzenia danych w w/w celu oraz mogą być podmioty upoważnione z mocy przepisów prawa.

e) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

f) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu cofnięcia zgody, zakończenia umowy opieki telemedycznej nad Pacjentem bądź na podstawie przepisów archiwizacyjnych.

g) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

h) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzoru, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowy Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych lub przepisy krajowe.

i) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, ani w formie profilowania.

Oświadczam, iż zapoznałam/-łem się z powyższą informacją i wyrażam świadomą zgodę na przetwarzanie danych zawartych w Karcie Informacyjnej Pacjenta przez w/w współadministratorów w celu określonym w powyższej informacji do czasu określonego w tej informacji.

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

## Karta Informacyjna Pacjenta

Dziękujemy za wybór Teleopieki! Rzetelne wypełnienie karty informacyjnej jest niezwykle ważne, byśmy mogli udzielić Państwu pomocy lub wezwać pomoc do Państwa. Prosimy o wypełnienie karty czytelnie i starannie oraz przekazując jak najwięcej danych w oparciu o Państwa dokumentację medyczną.

Sekcja I: Dane osobowe Pacjenta										
Imię i nazwisko										
Data urodzenia	d	d	-	m	m	-	r	r	r	r
Miejsce świadczenia usługi <small>(adres zamieszkania, ulica, numer domu, numer mieszkania)</small>										
Kod pocztowy							Miejscowość:			
PESEL										

W sekcji II karty prosimy o podanie numeru telefonu stacjonarnego oraz komórkowego do Pacjenta, jeśli Pacjent nie posiada któregoś z telefonów, prosimy o wpisanie „brak” w odpowiednim miejscu.

Sekcja II: Numery telefonów do Pacjenta					
Numer telefonu stacjonarnego Pacjenta			Numer telefonu komórkowego Pacjenta		

W sekcji III prosimy o wpisanie IMEI urządzenia alarmowego. Numer ten znajduje się na spodzie opakowania.

Sekcja III: Numer IMEI urządzenia												
Numer IMEI opaski												

W sekcji IV karty prosimy o dokładne wypełnienie wykazu osób kontaktowych do których w razie ewentualnej konieczności zadzwoni Centrum Ratunkowe i przekaże stosowne informacje jeśli zajdzie taka konieczność.

Sekcja IV: Dane osób upoważnionych w przypadku zagrożenia zdrowia i życia						
OSOBA #1	Imię i nazwisko:			Numer telefonu:		
	Stopień pokrewieństwa:			Klucz do mieszkania:	<input type="checkbox"/> POSIADA <input type="checkbox"/> NIE POSIADA	
OSOBA #2	Imię i nazwisko:			Numer telefonu:		
	Stopień pokrewieństwa:			Klucz do mieszkania:	<input type="checkbox"/> POSIADA <input type="checkbox"/> NIE POSIADA	
OSOBA #3	Imię i nazwisko:			Numer telefonu:		
	Stopień pokrewieństwa:			Klucz do mieszkania:	<input type="checkbox"/> POSIADA <input type="checkbox"/> NIE POSIADA	
OSOBA #4	Imię i nazwisko:			Numer telefonu:		
	Stopień pokrewieństwa:			Klucz do mieszkania:	<input type="checkbox"/> POSIADA <input type="checkbox"/> NIE POSIADA	

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO NALEŻY WYPEŁNIĆ KARTĘ CZYTELNIIE ORAZ WIELKIMI LITERAMI

Dane podane w Sekcji V pomogą służbom ratunkowym sprawniej i szybciej dotrzeć do Pacjenta, podanie zwierząt domowych zapewni większe bezpieczeństwo Zespołowi Ratownictwa Medycznego. Określenie miejsca przechowywania dokumentacji medycznej w domu ułatwi ewentualne przekazanie jej lekarzowi w przypadku ewentualnej hospitalizacji po wezwaniu służb ratunkowych.

Sekcja V: Opis dojazdu do lokalu mieszkalnego wraz z informacjami dla służb ratunkowych							
Opis lokalu mieszkalnego wraz z dojazdem; bariery architektoniczne							
Podjazd pod klatkę/bramę:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Piętro:		Winda:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Strome schody:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba wychodząca z domu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Kod do domofonu:			Ilość domowników:		
Zwierzęta domowe							
Miejsce przechowywania leków							
Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej							

W Sekcji VI podaj dane lekarza pierwszego kontaktu oraz nazwę i adres przychodni.

Sekcja VI: Dane przychodni POZ	
Nazwa oraz adres przychodni lekarza POZ	
Telefon do rejestracji POZ	
Imię i nazwisko lekarza POZ	

Uzupełnij wywiad epidemiologiczny odnośnie COVID-19 w Sekcji VII.

Sekcja VII: Wywiad epidemiologiczny			
Pacjent z przebytych COVID19	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli tak proszę podać datę przebycia COVID19:	
Pacjent zaszczepiony przeciw COVID19	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli tak proszę podać datę szczepienia przeciw COVID19:	

W Sekcji VIII wypełnij diety, alergie pokarmowe oraz nałogi i alergie na leki Pacjenta.

Sekcja VIII: Alergie i nałogi	
Dieta, alergie pokarmowe	
Alergie na leki	
Nałogi	

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO NALEŻY WYPEŁNIĆ KARTĘ CZYTELNICIE ORAZ WIELKIMI LITERAMI

W Sekcji IX prosimy podać dokładny opis problemów zdrowotnych, który da nam ogólną wiedzę na temat stanu zdrowia Pacjenta oraz ewentualnych powikłań.

Sekcja IX: Ocena stanu zdrowia i samodzielności				
Określenie stanu zdrowia oraz ocena samodzielności Pacjenta	Poruszanie się	Osoba chodząca	Stan skóry	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
	Słuch	Dobry	Wzrok	Dobry
		niedosłuch		niedowidzenie
		głuchota		osoba niewidoma
	Spożywanie posiłków	Samodzielnie	Funkcje fizjologiczne	Samodzielnie
		przy pomocy osoby drugiej		pampersy
		PEG		cewnik
		przez zgłębnik		
Dokładny opis problemów zdrowotnych, schorzenia pacjenta jeśli Pacjent posiada karty informacyjne z leczenia szpitalnego, zaświadczenia lekarskie, proszę podać również rozpoznania ICD10				
Sprawność umysłowa (np. zaniki pamięci, depresja, agresja)				

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO NALEŻY WYPEŁNIĆ KARTĘ CZYTELNIEM I ORAZ WIELKIMI LITERAMI

Sekcja X: Informacje dodatkowe	
Schemat dnia dodatkowe informacje	

Oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą oraz oświadczam, iż nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, podanych podczas wypełniania Karty Informacyjnej Pacjenta oraz upoważniam osoby wymienione w Sekcji IV do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia.

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

## Karta Leków Pacjenta

### uzupełnienie Karty Informacyjnej Pacjenta

<b>Imię i nazwisko</b>											
<b>PESEL</b>											

Dawkowanie w miarę możliwości proszę wpisywać w formacie RANO-POPOŁUDNIU-WIECZÓR np. 1-0-0 lub opisowo np. zastrzyk co sobotę.

LP	Nazwa leku	Moc leku	Dawkowanie			Dodatkowe informacje
			RANO	PO POŁUDNIU	WIECZOREM	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

Oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą oraz oświadczam, iż nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, podanych podczas wypełniania Karty Leków Pacjenta.

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

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO NALEŻY WYPEŁNIĆ KARTĘ CZYTELNIEM I ORAZ WIELKIMI LITERAMI