



Souhlas pacienta se zpracováním a poskytnutím osobních údajů

za účelem:

- správy Registru dialyzovaných pacientů,
- vyhodnocení kvality a efektivity poskytované dialyzační léčby.

Já, níže podepsaný

Jméno a příjmení:

Rok narození:

Trvalé bydliště:

uděluji tímto souhlas České nefrologické společnosti, IČO: 26552809, se sídlem U nemocnice 499/2, 128 00 Praha 2, zapsané ve spolkovém rejstříku vedeném Městským soudem v Praze v oddíle L vložce 12411, aby ve smyslu Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 2016/679 ze dne 27. 4. 2016, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „GDPR“) zpracovávala jako správce mé osobní údaje v rozsahu:

- a. jméno, příjmení, rodné číslo, zdravotní pojišťovna,
- b. dialyzační středisko
- c. datum vstupu do dialyzačního programu
- d. onemocnění ledvin vedoucí k jejich selhání a základní přidružená onemocnění (cukrovka, hypertenze, srdečně-cévní onemocnění atd.)
- e. základní laboratorní parametry sloužící k hodnocení kvality a efektivity léčby, klinické údaje o zdravotním stavu pacienta,
- f. informace o zařazení pacienta na čekací listinu na transplantaci ledviny,
- g. vykázaná dialyzační péče pro zdravotní pojišťovnu (identifikace výkonu, počet výkonů).

Zdroj údajů pro výše uvedené body a. až f. - poskytovatel zdravotní péče:

název:

IČO:

sídlo

Zdroj údajů pro výše uvedený bod g. – zdravotní pojišťovna pacienta.



OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN
A STAVEBNICTVÍ



Zároveň tímto uděluji souhlas mé zdravotní pojišťovně (identifikace subjektu níže), aby pro účely vyhodnocení kvality a efektivity dialyzační léčby poskytla České nefrologické společnosti další údaje v tomto rozsahu:

- rodné číslo
 - dialyzační středisko
 - vykázaná dialyzační péče (identifikace výkonu, počet výkonů)
- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky**, se sídlem Orlická 2020/4, 130 00 Praha 3, IČ: 41197518.
 - Česká průmyslová zdravotní pojišťovna**, se sídlem Jeremenkova 161/11, Vítkovice, 703 00 Ostrava, IČ: 47672234.
 - Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví**, se sídlem Roškotova 1225/1, 140 00 Praha 4, IČ: 47114321.
 - Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna**, se sídlem Michálkoviclá 967/108, Slezská Ostrava, 710 00 Ostrava, IČ: 47673036.
 - Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky**, se sídlem Drahobejlova 1404/4, 190 00 Praha 9, IČ: 47114975.
 - Zaměstnanecká pojišťovna Škoda**, se sídlem Husova 302, 293 01 Mladá Boleslav, IČ: 46354182.
 - Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky**, se sídlem Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3, IČ: 47114304.

Zároveň, v případě mého budoucího zařazení do čekací listiny na transplantaci ledviny, tímto uděluji souhlas Koordináčnímu středisku transplantací (organizační složce státu v přímé řídicí působnosti Ministerstva zdravotnictví), se sídlem Ruská 85, 100 00 Praha 10, IČ: 71180397, aby pro účely vyhodnocení kvality a efektivity dialyzační léčby poskytlo České nefrologické společnosti další údaje v tomto rozsahu:

- rodné číslo
- dialyzační středisko
- vykázaná péče (zařazení/vyřazení do čekací listiny, provedení transplantace ledviny)



Souhlasím se zpracováním svých osobních údajů pro účely:

- evidence v registru dialyzovaných pacientů (RDP)
- vyhodnocení kvality a efektivity poskytované dialyzační léčby

Souhlasím se zpracováním svých osobních údajů po dobu nezbytně nutnou pro naplnění uvedených účelů nejdéle však po dobu mé léčby.

Zpracování bude probíhat v souladu s příslušnými obecně závaznými právními předpisy o ochraně osobních údajů, včetně souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů).

Byl/a jsem poučen/a o tom, že poskytnutí údajů je dobrovolné. Dále jsem byl/a v souladu s příslušnými právními předpisy poučen/a:

- o svém právu tento souhlas odvolat a to i bez udání důvodu stejným způsobem, jakým jsem jej udělal/a,
- o svém právu přístupu k těmto údajům a právu na jejich opravu,
- o svém právu na vymazání těchto údajů, pokud dochází k jejich zpracování v rozporu s požadavky definovanými příslušnou legislativou nebo v rozporu s tímto souhlasem, nebo byl souhlas odvolán,
- o svém právu podat stížnost u dozorového úřadu.

Konstatuji, že jsem si přečetl/a informace pro pacienty ke zpracování osobních údajů pro účely RDP, která je přílohou tohoto souhlasu, že jsem jim porozuměl/a že jsou mi na základě této informace zřejmá všechna má práva a mimo jiné taktéž skutečnost, že tento souhlas bude v kopii předáván ČNS a mé zdravotní pojišťovně a v originálu uchovávan pro ČNS poskytovatelem zdravotních služeb v mé zdravotnické dokumentaci, s čímž taktéž souhlasím.

Příloha: Informace pro pacienty

V..... dne

Podpis.....