



Česká průmyslová
zdravotní pojišťovna



OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN
A STAVEBNICTVÍ



VOJENSKÁ
ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNA

Згода пацієнта з обробкою і наданням ним персональних даних

З метою

Реєстрації пацієнтів, які проходять лікування діалізом

Оцінка якості та ефективності проведеного лікування

Я, нижче підписаний :

Імя та прізвище:

Рік народження:

Адреса постійного місця проживання:

Погоджуюся з Чеською нефрологічною організацією , IČO 265528, яка знаходиться за адресою U Nemosnici 499/2,12800 ,Praha 2, записана в об'єднаному реєстрі Міського Суду в Празі, у розділі I.додаток 12411, відповідно до розпорядження Європейського Парламенту і Ради номер 2016/679 від 27.4.2016, Про захист фізичних осіб у зв'язку з обробленням їх персональних даних і про вільне використання цих даних і про інструкцію 95/46/ES [далі лише GDPR] обробляє ,як адміністратор, мої персональні дані а саме:

a.Імя, прізвище,номер застрахованого пацієнта зі страхової картки, номер страхової компанії

b.Назва центра діалізу

c. Дата проведення діалізу вперше

d. Хвороби нирок, що призвели до ниркової недостатності і інші супутні захворювання (цукровий діабет, артеріальна гіпертензія,серцево-судинні захворювання)

e.Основні результати аналізів для оцінки якості та ефективності лікування.Клінічні дані про стан здоров'я пацієнта.

f.інформація про підготовку пацієнта перед трансплантацією нирки

g.передача інформації про проведення діалізу страховій компанії (опис процедури, кількість процедур)

Джерело даних для вище указаних пунктів a-f – надавач медичних послуг

Назва:

IČO:

Адреса:



Česká průmyslová
zdravotní pojišťovna



OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN
A STAVEBNICTVÍ



VOJENSKÁ
ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNA

Джерело даних для вище указанного пункта -g – страхова компанія пацієнта

Одночасно надаю згоду своїй страховій компанії (назви страхових компаній написані нижче, позначте вашу) з метою оцінки якості та ефективності діалізу , щоб передала Чеській нефрологічній організації наступні мої дані, а саме:

- номер застрахованого пацієнта
- назва центру діалізу
- проведене лікування діалізом (опис процедури, кількість процедур)

- 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 Michálkovická 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.

Одночасно , у випадку, якщо в майбутньому буду записан/записана в чергу перед трансплантацією нирки, надаю згоду координаційному центру трансплантації, за адресою Ruska 85, 10000, Praha 10. IČ: 71180397 з метою оцінки якості та ефективності діалізу, щоб передали Чеській нефрологічній організації наступні дані:

- номер застрахованого пацієнта
- назва центру діалізу
- проведене лікування (запис до черги/виписка з черги на трансплантацію нирки, трансплантація нирки)



Česká průmyslová
zdravotní pojišťovna



OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN
A STAVEBNICTVÍ



VOJENSKÁ
ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNA

Погоджуюся з обробкою своїх персональних даних з метою:

Запис до реєстру пацієнтів, що лікуються діалізом

Оцінка якості та ефективності проведеного діалізу

Погоджуюся з обробкою моїх персональних даних на потрібний період для досягнення вказаної мети, найдовше, але на період проведення лікування.

Обробка проводиться відповідно до загальних правових норм Про охорону персональних даних ,в тому числі згоди з розпорядженням Європейського Парламенту і Ради (EU)2016/679 від 27.4.2016, Про захист фізичних осіб у зв'язку з обробленням їх персональних даних і про вільне використання цих даних і про інструкцію 95/46/ES (загальне положення про захист персональних даних)

Я був/була інформований/на про те,що надаю свої персональні дані добровільно. Далі я був/була відповідно до правових норм інформована:

- Про своє право цю згоду перервати без пояснення причини тим самим способом, як її і склав/ла
- Про своє право доступу до цих даних і права на їх захист
- Про своє право викреслити ці дані, якщо дійшло до протиріччя з цією згодою при її обробленні та недотриманні відповідного законодавства
- Про своє право подати скаргу до керівництва

Підтверджую ,що я прочитав/ла інформацію для пацієнтів про обробку персональних даних з метою реєстрації діалізованих пацієнтів,яка є додатком цієї згоди, що я все зрозумів/ла ,що на основі цієї інформації всі мої права і інші також реальні, що копія цієї згоди буде передана Чеській нефрологічній організації і моїй страховій компанії, а в оригіналі буде схована у надавача медичних послуг , в моїй медичній карті, з чим теж погоджуюся.

Додаток: Інформація для пацієнтів

В..... дата.....

Підпис