

--

Imię i nazwisko

Dziękujemy za wybranie Teleopieki SiDLY. Prosimy o wypełnienie poniższego formularza drukowanymi literami. Poprawne i czytelne wypełnienie formularza jest niezbędne do prawidłowego świadczenia usługi. Zebrane informacje pozwolą na udzielenie natychmiastowej pomocy lub na wezwanie służb ratunkowych.

1. Dane osobowe																			
Imię																			
Nazwisko																			
PESEL																			
Data urodzenia <small>dzień - miesiąc - rok</small>			-			-													
Płeć	Kobieta <input type="checkbox"/>									Mężczyzna <input type="checkbox"/>									
Wzrost i waga	Wzrost					cm	Waga											kg	
Numer telefonu	+48																	+48	
Adres zamieszkania	Ulica																		
	Numer budynku																	Numer lokalu	
	Kod pocztowy																		
	Miejscowość																		

Wprowadź 15 cyfrowy numer IMEI opaski SiDLY.
Numer ten znajduje się na spodzie opakowania/pudełka opaski SiDLY

2. IMEI opaski														
Numer IMEI														

Imię i nazwisko

Wprowadź dane osoby do kontaktu. Podaj numer telefonu, adres i powiązanie.
Jeżeli osoba posiada klucz do mieszkania, zaznacz odpowiednie pole.

3. Osoba do kontaktu 1		
Imię i nazwisko		
Numer telefonu	+48	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Powiązanie <small>np. syn, sąsiad, krewny</small>		
Adres zamieszkania		
Dodatkowe informacje		Posiada klucz <input type="checkbox"/>

4. Osoba do kontaktu 2		
Imię i nazwisko		
Numer telefonu	+48	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Powiązanie <small>np. syn, sąsiad, krewny</small>		
Adres zamieszkania		
Dodatkowe informacje		Posiada klucz <input type="checkbox"/>

5. Osoba do kontaktu 3		
Imię i nazwisko		
Numer telefonu	+48	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Powiązanie <small>np. syn, sąsiad, krewny</small>		
Adres zamieszkania		
Dodatkowe informacje		Posiada klucz <input type="checkbox"/>

Imię i nazwisko

Wypełnij dane dotyczące aktualnych chorób. Zaznacz "x" w odpowiednich polach.
Jeśli posiadasz inne schorzenia, wpisz je w polu "Inne".

6. Dane medyczne			
Choroby	Alzheimer <input type="checkbox"/>	Nadciśnienie <input type="checkbox"/>	Parkinson <input type="checkbox"/>
	Astma/POChP <input type="checkbox"/>	Cukrzyca <input type="checkbox"/>	Padaczka <input type="checkbox"/>
	Po zawale <input type="checkbox"/>	Aparat słuchowy <input type="checkbox"/>	Po udarze <input type="checkbox"/>
		Choroba nowotworowa <input type="checkbox"/>	
		Leczenie paliatywne <input type="checkbox"/>	
	Arytmie <input type="checkbox"/>	Jakie? <input type="text"/>	
Rozrusznik <input type="checkbox"/>	Rodzaj? <input type="text"/>		
Inne	<input type="text"/>		
Alergie			
Uzależnienia			
COVID-19	Pacjent przebył COVID-19 Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Kiedy? <input type="text"/>		
	Czy pacjent jest zaszczepiony przeciw COVID-19? Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>		
	Data ostatniego szczepienia <input type="text"/>		

Wskaż miejsce przechowywania dokumentacji medycznej.

7. Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej
<input type="text"/>

Imię i nazwisko

Wpisz przyjmowane leki wraz z dawkowaniem i zalecaną porą przyjęcia.

10. Leki						
Lp	Nazwa leku	Dawka	Dawkowanie			Dodatkowe informacje
			rano	po południu	wieczorem	
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wskaż miejsce przechowywania leków.

11. Miejsce przechowywania leków

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

.....
Data i czytelny podpis

Oświadczam, iż podane w powyższym formularzu dane stanowią pełną informację o moim stanie zdrowia.

.....
Data i czytelny podpis

Oświadczam że osoby wymienione w Karcie Informacyjnej Pacjenta, jako osoby do kontaktu, mogą otrzymywać informacje o stanie mojego zdrowia.

.....
Data i czytelny podpis

Imię i nazwisko

Klauzula Informacyjna dla Użytkownika i Opiekunów

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest SiDLY spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 2/31, 00-020 Warszawa (dalej: „Administrator”).
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się za pośrednictwem adresu mailowego: iod@sidly.org
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w zakresie niezbędnym do wykonywania usługi teleopieki na rzecz Użytkownika na podstawie:
 - a) świadczenia usług z zakresu świadczeń medycznych (np. realizacja celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO;
 - b) gdy to konieczne, w celu ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą lub innej osoby fizycznej (np. gdy będzie konieczne udzielenie Użytkownikowi niezwłocznej pomocy) – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. d oraz 9 ust. 2 lit. c RODO;
 - c) gdy jest to konieczne z uwagi na uzasadniony interes Administratora lub strony trzeciej (np. w przypadku dochodzenia ewentualnych roszczeń lub ochrony przed roszczeniami) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f oraz art. 9 ust. 2 lit. f RODO;
 - d) w celu kontaktu marketingowego, jednak tylko w przypadku wyrażenia przez Użytkownika i/lub Opiekuna zgody na ten cel – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
4. Obiorcą Pani/Pana danych osobowych jest każdorazowo podmiot świadczący usługę Teleopieki, przy czym Administrator danych upoważniony jest do powierzenia przetwarzania danych w tym zakresie innemu podmiotowi lub samodzielnego świadczenia usług Teleopieki.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być również upoważnieni pracownicy i współpracownicy Administratora, podmioty świadczące usługi na rzecz Administratora, z którymi zostały zawarte umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz – gdy będzie to niezbędne dla świadczenia usług medycznych – podmioty świadczące takie usługi.
6. Pani/Pana dane będą przetwarzane przez czas wykonywania umowy na świadczenie usług teleopieki i dostępu do systemu dla osób fizycznych, przez czas wskazany w upoważnieniu osoby korzystającej z opaski SiDLY lub do czasu odwołania upoważnienia nadanego przez osobę korzystającą z urządzenia SiDLY, a następnie przez czas niezbędny do dochodzenia ewentualnych roszczeń.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do prawidłowego wykonania usług teleopieki.
8. Źródłem Pani/Pana danych osobowych jest podmiot, który zawarł umowę na świadczenie usług teleopieki i dostępu do systemu dla osób fizycznych, jak również Karta Informacyjna Pacjenta wypełniona przez Użytkownika lub Opiekuna.
9. W związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - a) dostępu do danych osobowych oraz do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych osobowych lub do ich usunięcia;
 - b) jeżeli przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody – do jej wycofania w dowolnym momencie;
 - c) wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
 - d) żądania przeniesienia danych osobowych, przeniesienie polega na otrzymaniu od Administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego i przesłaniu takich danych innemu administratorowi danych;
 - e) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.

.....
Miejscowość, data i czytelny podpis