

Przydzielony Pacjentowi numer ID – nadaje Fundacja Ludzie Jesieni

Formularz powierzenia danych Pacjenta do Systemu Wspomagania Ratownictwa Pacjenta -WRP®
administrowanego przez Fundację Ludzie Jesieni, Stawowa 5 Siemianice, 55-120 Oborniki Śląskie,
www.wrp.info.pl



Informacje podstawowe: Niniejszy formularz jest dobrowolny jednak niezbędny w celu przystąpienia do Systemu WRP®. Składa się z II części. Pierwszą część wypełnia zainteresowany/opiekun i poświadcza prawdziwość podanych danych swoim podpisem. Część drugą wypełnia i podpisuje lekarz rodzinny lub lekarz prowadzący. Dotyczy ona danych, które są pomocne w czasie ewentualnej akcji ratowniczej i będą dostępne wyłącznie dla Pogotowia Ratunkowego lub służb takich jak Szpital, SOR itp.

Informacje prawne od dnia 25.05.2018 r. na terenie Polski obowiązują nowe regulujące kwestie ochrony danych osobowych, a tu przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego 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 zwane RODO), oraz ustawy o ochronie danych osobowych. Informujemy, że ma Pani/Pan prawo do dostępu do Twoich danych, sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, wniesienia sprzeciwu, przenoszenia danych, cofnięcia zgody na przetwarzanie i wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa UODO. Powierzone przez Pana/Panią dane osobowe z obu części dokumentu będą przetwarzane przez Fundację Ludzie Jesieni wyłącznie do celów Systemu WRP®.

Informacje szczegółowe: - Dane z I części formularza zakodowane będą za Pani/Pana pisemną zgodą w naręcznej bransoletce i będą możliwe do odczytania przez urządzenie typu smartfon czy tablet z aplikacją zbliżeniową NFC. Są to dane: Nazwisko i Imię, miejscowość zamieszkania, unikalny numer ID, telefony domowy/komórka, imię, oraz telefon do osoby bliskiej. Wypełnione dane z części II dotyczące zdrowia, umieszczone będą w kodowanej protokołem HTTPS – SSL Bazie Danych-WRP®, do której dostęp będą miały wyłącznie dedykowane przez Fundację Ludzie Jesieni służby ratownicze jak Pogotowie Ratunkowe, Szpitale, SOR itp. na podstawie stosownej umowy. Aktualizacja danych z części I i II formularza spoczywa na zainteresowanym lub opiekunie.

Część I ankiety – wypełnia drukowanymi literami Pacjent:

Nazwisko		Imię		Kod pocztowy	Miejscowość
Telefon komórkowy		Telefon domowy		Imię osoby bliskiej	Tel. os. bliskiej
				Obwód nadgarstka w cm.	

Powyższe dane potwierdzam i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie zgodnie z powyższymi informacjami:

Data i czytelny podpis uczestnika.....Data i czytelny podpis osoby bliskiej

Część II – wypełnia lekarz rodzinny lub prowadzący. Jeśli brak danych – wpisać w rubrykę BRAK.

Nazwisko		Imię		Adres		Pesel	
Opis choroby numer 1		ICD-10		Opis choroby numer 2		ICD-10	
Opis choroby numer 3		ICD-10		Opis choroby numer 4		ICD-10	
Przebyte najważniejsze operacje - ostatnie 5 lat				Wszczepienia, endoprotezy, implanty			
Uczulenia na leki – wymienić grupy lekowe				Uzależnienia			
Inne ważne informacje				Dane poza chorobowe (fobie, reakcje, przyzwyczajenia)			

Powyższe dane do celów Systemu Wspomagania Ratownictwa Pacjenta- WRP potwierdzam.

Data

Pieczętka lekarza

Podpis lekarza