*Załącznik nr 3*

**KARTA INFORMACYJNA PODPIECZNEGO**

**(PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI)**

Imię i nazwisko Podopiecznego:………………………………………………………………..

Numer PESEL/data urodzenia: …………………………………………………………………..

Numer i seria dowodu osobistego: ……………………………………………………………

**Osoby do kontaktu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko imię/adres | Pokrewieństwo (także sąsiad) | Telefony (dom, praca, komórka) | Klucz (tak/nie) | Inne: dostępność, czas dojazdu, e-mail etc. |
|  |  | Telefon 1:Telefon 2: |  |  |
|  |  | Telefon 1:Telefon 2: |  |  |
|  |  | Telefon 1:Telefon 2: |  |  |
|  |  | Telefon 1:Telefon 2: |  |  |
|  |  | Telefon 1:Telefon 2: |  |  |

**Miejsce instalacji urządzenia do teleopieki:**

ulica …………………………………………………………………………………..; nr domu ….………; nr lokalu…………………

miasto **………………………………………………….**; kod pocztowy: **………..-**……………….;

**numer telefonu stacjonarnego (…………..)…………………………………….**

**numer telefonu komórkowego……………………………………………………………**

piętro:……….

**Opis budynku** (kod domofonu, winda, metraż, ogród, balkon/taras, garaż, etc.)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Droga dojazdowa**

………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Najbliższa stacja pogotowia ratunkowego (miejscowość) oraz numer telefonu**

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Nocna i świąteczna opieka zdrowotna – adres oraz telefon**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Adres/numer telefonu przychodni rejonowej zdrowia** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Imię i nazwisko oraz numer telefonu do lekarza rodzinnego** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Imię i nazwisko oraz numer telefonu do „opiekuna”** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Stan zdrowia:**

wzrost …………………..cm; waga….……………kg**;** grupa krwi ………………..

słabo słyszy: TAK/NIE;

zdarzają się upadki i omdlenia: TAK/NIE

osteoporoza: TAK/NIE

stwardnienie rozsiane: TAK/NIE

niedowład: TAK/NIE, czego:…………………………………………………………..

kłopoty z oddychaniem, astma: TAK/NIE

stan poudarowy: TAK/NIE

niewydolność serca: TAK/NIE

zaburzenia rytmu serca: TAK/NIE

rozrusznik: TAK/NIE

stan pozawałowy: TAK/NIE

nadciśnienie: TAK/NIE

cukrzyca: TAK/NIE

parkinson: TAK/NIE

alzheimer: TAK/NIE

epilepsja: TAK/NIE

kłopoty z pamięcią: TAK/NIE

***\*niepotrzebne skreślić***

**Inne choroby i przebyte operacje:** …………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nietolerancja, uczulenie na leki – wymienić**……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Stale zażywane leki oraz miejsce ich przechowywania (w tym insulina)**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Pudełko/koperta życia** tak nie gdzie…………………

**Czy Podopieczny/Klient jest zainteresowany instalacją dokonaną przez przedstawiciela PCO (jednorazowy koszt 150,00 zł):** TAK/NIE\*

**Czy numer na którym jest świadczona usługa nie jest zastrzeżony (warunek konieczny):** TAK/NIE\*

**Niniejszym dokumentem Podopieczny wyraża zgodę na objęcie go usługą Teleopieki Domowej w miejscu zamieszkania.**

Niniejszym dokumentem Podopieczny całkowicie zwalnia z odpowiedzialności PCO za wszelkie szkody powstałe przy próbie siłowego dostania się do mieszkania podopiecznego przez służby ratunkowe w wypadku użycia przycisku alarmowego teleopieki.

W przypadku nieuzasadnionego alarmu, odpowiedzialność wobec służb ratunkowych ponosi Podopieczny.

Przypadkowe wzbudzenie alarmu przez podopiecznego o ile nie będzie to skutkowało koniecznością zawiadomienia przez Centrum Alarmowe służb ratowniczych oraz osób z listy kontaktowej, nie będzie powodowało obciążenia podopiecznego dodatkowymi kosztami za nieuzasadnione wszczęcie przez niego alarmu.

**Przetwarzanie danych osobowych**

1. Podopieczny podpisując Kartę Informacyjną (KI) wyraża zgodę na przetwarzanie przez PCO danych osobowych, które podane zostały przez Podopiecznego w Karcie Informacyjnej, zgodnie z odpowiednimi regulacjami umownymi w tym przedmiocie, w zakresie niezbędnym do realizacji usługi Teleopieki Domowej.
2. Podopieczny podpisując KI wyraża także zgodę na przetwarzanie przez PCO danych dotyczących jego stanu zdrowia, w tym w szczególności: wzrostu, wagi, grupy krwi, przebytych chorób, aktualnych chorób, chorób przewlekłych, uczuleń na leki, leków, które stale zażywa oraz miejsca, gdzie są przechowywane oraz innych danych dotyczących tej sfery życia Klienta, które mogą mieć znaczenie z punktu widzenia PCO przy wykonywaniu usługi.
3. Podopieczny oświadcza, że osoby wskazane do kontaktu w Karcie Informacyjnej, zostaną przez niego poinformowane o tym, że:
4. ich dane osobowe będą przetwarzane przez Polskie Centrum Opieki Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Gdyni (81-969), przy ul. Janka Wiśniewskiego 20;
5. ich dane osobowe w postaci imienia i nazwiska, adresu zamieszkania, numeru telefonu będą przetwarzane w celu wykonania usługi oraz będą przekazywane przez PCO podmiotom współpracującym przy jej wykonaniu;
6. Podopieczny jest źródłem danych podanych PCO;
7. posiadają prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania;
8. posiadają prawo wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania ich danych ze względu na ich szczególną sytuację, jeżeli zajdą przesłanki, o których mowa w art. 23 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy o ochronie danych osobowych;
9. posiadają prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania ich danych, gdy administrator zamierza je przetwarzać w celach marketingowych lub wobec przekazywania ich danych osobowych innemu administratorowi danych, jeżeli zajdą przesłanki, o których mowa w art. 23 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy o ochronie danych osobowych.
10. Podopieczny oświadcza, że został poinformowany o tym, że:
11. administratorem jego danych osobowych jest Polskie Centrum Opieki Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Gdyni (81 – 969), przy ul. Janka Wiśniewskiego 20;
12. dane osobowe Podopiecznego przetwarzane będą w celu wykonania usługi;
13. odbiorcami danych Podopiecznego będą podmioty współpracujące z administratorem danych w celu wykonania usługi i wyraża zgodę na ich przetwarzanie przez te podmioty;
14. posiada prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.
15. Podopieczny oświadcza, że dane osobowe podał dobrowolnie w celu zapewnienia wykonania usługi przez administratora danych oraz podmioty z nim współpracujące w wykonaniu usługi.

 *--------------------------------- ---------------------------------*

 *Miejscowość, dnia Podpis Podopiecznego*

**\*niepotrzebne skreślić**

Do Karty Informacyjnej należy dołączyć poniższy załącznik podpisany przez każdą z osób podanych w części „Osoby do kontaktu“

*Załącznik nr 1*

*do Karty Informacyjnej Podopiecznego*

„egzemplarz dla zainteresowanego“

Zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Centrum Opieki Sp. z o.o. z siedzibą w Gdyni (81-969), ul. Janka Wiśniewskiego 20/302, zwana dalej Spółką,

2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji usługi Teleopieki przez Spółkę i nie będą udostępniane innym odbiorcom,

3. Spółka pozyskała Pani/Pana dane osobowe od ……………………………………………………………………………………………..……………………………………………….. /imie nazwisko adres Podopiecznego lub Klienta/

4. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,

5. na podstawie art. 32 ust. 1 pkt 7 ustawy o ochronie danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania Pani/Pana danych ze względu na Pani/Pana szczególną sytuację, jak również – na podstawie art. 32 ust. 1 pkt 8 ustawy o ochronie danych osobowych ma Pani/Pan prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych w celach marketingowych lub wobec przekazywania ich innemu administratorowi danych

„egzemplarz dla PCO“

Zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Centrum Opieki Sp. z o.o. z siedzibą w Gdyni (81-969), ul. Janka Wiśniewskiego 20/302, zwana dalej Spółką,

2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji usługi Teleopieki przez Spółkę i nie będą udostępniane innym odbiorcom,

3. Spółka pozyskała Pani/Pana dane osobowe od ……………………………………………………………………………………………..……………………………………………….. /imie nazwisko adres Podopiecznego lub Klienta/

4. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,

5. na podstawie art. 32 ust. 1 pkt 7 ustawy o ochronie danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania Pani/Pana danych ze względu na Pani/Pana szczególną sytuację, jak również – na podstawie art. 32 ust. 1 pkt 8 ustawy o ochronie danych osobowych ma Pani/Pan prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych w celach marketingowych lub wobec przekazywania ich innemu administratorowi danych

Zapoznałem się:

…………………………., dnia ……………………………… ………...............……………………………………

 (czytelny podpis)