

**Kwestionariusz przystąpienia Pacjenta do Systemu Wspomagania Ratownictwa -WRP**  
**Fundacji Ludzie Jesieni z siedzibą w Siemianicach ul. Stawowa 5, 55-120 Oborniki Śląskie**  
[www.wrp.info.pl](http://www.wrp.info.pl)



**Informacje podstawowe:** Niniejszy kwestionariusz jest całkowicie dobrowolny i składa się z II części. Pierwszą wypełnia zainteresowany i on w pełni odpowiada za prawdziwość podanych w nim danych swoim podpisem. Część drugą wypełnia lekarz rodzinny lub lekarz prowadzący w dane, które są pomocne w czasie ewentualnej akcji ratowniczej.

**Informacje prawne:** Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych administratorem danych osobowych jest fundacja Ludzie Jesieni z siedzibą w Siemianicach, ul. Stawowa 5, 55-120 Oborniki Śląskie.

Pana/Pani dane osobowe zbierane są w celu przystąpienia do Systemu Wspomagania Ratownictwa Pacjenta - WRP.

Dane z Systemu będą udostępniane wyłącznie służbom powołanym do ratowania zdrowia i życia ludzkiego.

Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, oraz możliwość ich poprawiania i aktualizowania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne w celu przystąpienia do Systemu WRP.

**Informacje szczegółowe:** Dane z części I kwestionariusza zostaną zakodowane za Pani/Pana zgodą w naręcznej bransoletce i będą możliwe do odczytania przez urządzenie typu smartfon czy tablet z aplikacją zbliżeniową NFC. Będą to: Nazwisko i imię, miejscowość zamieszkania, unikalny numer ID, telefony:

komórka/stacjonarny, oraz telefon do osoby bliskiej.

Dane z części II dotyczące zdrowia osoby zainteresowanej przystąpieniem do Systemu Wspomagania Ratownictwa Pacjenta-WRP, zostaną umieszczone w kodowanej protokołem HTTPS/SSL Bazie Danych, do której dostęp będą miały wyłącznie dedykowane przez Fundację Ludzie Jesieni służby ratownicze na podstawie numeru ID .

**Część I – wypełnia drukowanymi literami Pacjent:**

Nazwisko		Imię		Kod pocztowy	Miejscowość
Telefon komórkowy	Telefon domowy	Imię osoby bliskiej		Tel. os. bliskiej	Miejscowość

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

Data i czytelny podpis .....

**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 – wymieniń grupy lekowe				Uzależnienia			
Inne ważne informacje				Dane poza chorobowe (fobie, reakcje, przyzwyczajenia)			

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

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Pieczęć lekarza

\_\_\_\_\_  
Podpis lekarza