

Formularz przystąpienia Pacjenta do Systemu **WRP** – Wspomagania Ratownictwa Pacjenta -
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 poświadczają 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 służb powołanych do ratowania zdrowia i życia człowieka.

Informacje prawne: Od dnia 25 maja 2018 r. obowiązuje w Polsce Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i 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 zwanym Ogólnym Rozporządzeniem o Ochronie Danych Osobowych lub „RODO”. informujemy, że ma Pani/Pan prawo do pisemnego wycofania zgody na przetwarzanie swoich danych i wniesienia skargi. Po jego wykonaniu wcześniejsze działania związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych są zgodne z prawem. Ma Pani/Pan także prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich uaktualniania. Przekazane przez Pana/Panią dane osobowe z obu części dokumentu będą przetwarzane przez Fundację Ludzie Jesieni wyłącznie do celów Systemu **WRP**. Fundacja Ludzie Jesieni nie będzie udostępniać danych innym podmiotom prawnym, gospodarczym i osobom fizycznym, chyba że wynikać to będzie z obowiązujących przepisów prawa. Dane będą przetwarzane w w/w celach tylko przez przeszkolonych i upoważnionych pracowników Fundacji Ludzie Jesieni.

Informacje szczegółowe: - Dane z I części formularza zakodowane będą za Pani/Pana pisemną zgodą w narecznej 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, telefon domowy/komórka i imię oraz telefon do osoby bliskiej. Wypełnione dane z części II dotyczące zdrowia, umieszczone będą w kodowanej protokołem HTTPS – SSL bazie danych, do której dostęp będą miały wyłącznie dedykowane przez Fundację Ludzie Jesieni służby ratownicze na podstawie odpowiedniej umowy i numeru ID. Aktualizacja danych z części I i II formularza a spoczywa na zainteresowanym/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.	

Swoje dane Pacjenta 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				Wszczępienia, endoprotezy, implanty			
Uczulenia na leki – wymień grupy lekowe				Uzależnienia			
Inne ważne informacje				Dane poza chorobowe (fobie, reakcje, przyzwyczajenia)			

Potwierdzam, iż powyższe dane sporządzono wyłącznie do celów Systemu Wspomagania Ratownictwa Pacjenta WRP.

Data

Pieczęć lekarza

Podpis lekarza