



Przydzielony Pacjentowi numer ID – nadaje Fundacja Ludzie Jesieni

Nr ID:

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/osoba/bliska poświadczającą 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 i służb upoważnionych takich jak szpital, SOR itp.

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” oraz ustawy o ochronie danych osobowych. 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®.

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 umowy udostępnienia danych. Aktualizacja danych z części I i II formularza spoczywa na zainteresowanym/opiekunie.

Część I ankiety – wypełnia drukowanymi literami Pacjent:

| | | | | | |
|----------------|-------------|---------------------|--|-------------------|------------------------|
| Nazwisko | | Imię | | Kod pocztowy | Miejscowość |
| | | | | | |
| Tel. komórkowy | Tel. 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 – wymieniść grupy lekowe | | | | Uzależnienia | | | |
| | | | | | | | |
| Inne ważne informacje | | | | Dane poza chorobowe (fobie, reakcje, przyzwyczajenia) | | | |
| | | | | | | | |

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

Data

Pieczętka lekarza

Podpis lekarza