

Název pracoviště Fakultní nemocnice Bulovka (dále jen „FNB“)

klinika / oddělení): _____

Pacient/ka: _____ r.č. /datum narození _____

Bytem: _____ č. pojištěnce _____

kód zdravotní pojišťovny _____ tel. _____ e-mail: _____

Já, níže podepsaný/á pacient/ka souhlasím, aby nezdravotnický pracovník FNB (dále jen „koordinátor“) nahlížel do mé zdravotní dokumentace vedené ve FNB a zpracovával mé osobní údaje, a to výlučně pro tuto administrativní činnost:

- sjednávání termínů mého vyšetření na pracovištích FNB a na pracovištích dalších poskytovatelů zdravotních služeb, včetně sjednávání případných náhradních termínů,
- zajištění koordinace termínů vyšetření a jejich oznamování pacientce/tovi a vyšetřujícímu pracovišti,
- zařazování zpráv o výsledcích vyšetření do chorobopisu a ověřování kompletnosti plánu vyšetření a
- vykonávání dalších administrativních úkonů spojených s koordinací plánu indikovaných vyšetření, vše

pro účely koordinace dílčích termínů plánu vyšetření, indikovaných ošetřujícím lékařem k diagnostice a léčbě mé nemoci na terapeutickém rentgenu ve FNB.

Souhlasím se zpřístupněním mých osobních údajů koordinátorovi:

Koordinátor je oprávněn použít mé osobní údaje pouze v souladu s výše uvedeným účelem a jen po dobu mé léčby ve FNB.

Souhlasím se tímto zpracováním mých osobních údajů po dobu mé léčby ve FNB.

Informace o zpracování osobních údajů:

Zpracování osobních údajů koordinátorem bude probíhat v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů a s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále GDPR).

Zpracování osobních údajů koordinátorem bude započato až po udělení tohoto souhlasu.

V rámci zpracování osobních údajů nebude prováděno automatizované rozhodování a profilování.

Byl/a jsem poučen/a o tom, že poskytnutí údajů je dobrovolné. Dále jsem byl/a v souladu s příslušnou legislativou poučen/a o svém právu tento souhlas odvolat, a to i bez udání důvodu, o svém právu přístupu k těmto údajům, právu na jejich přenositelnost, právu na jejich opravu a o právu na jejich omezení zpracování, o svém právu vznést námitku, o svém právu na vymazání těchto údajů, pokud dochází k jejich zpracování v rozporu s ochranou definovanou příslušnou legislativou nebo v rozporu s tímto souhlasem, nebo byl-li souhlas odvolán.

Byl/a jsem také poučen/a o tom, že tato svá práva mohu uplatnit doručením žádosti do datové schránky, na korespondenční adresu, nebo do podatelny FNB.

V _____ dne _____

vlastnoruční podpis pacienta/ky