

data..... miejscowość.....

**Ankieta osoby zgłaszającej się na test (SARS-CoV2)**

Nazwisko i Imię.....  
Pesel .....  
Adres zamieszkania/pobytu .....  
Telefon kontaktowy, telefon do bliskiej osoby.....

Czy w okresie ostatnich 14 dni:

- a) wystąpił bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV2 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub przypadkiem prawdopodobnym)  
☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
- b) pacjent pracował lub przebywał jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV  
☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Pytanie poglądowe :

pacjent podróżował/przebywał w regionie, w którym utrzymuje się transmisja koronawirusa SARS-CoV-2  
☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

jeśli TAK to wymień region .....

Czy wystąpił minimum jeden z wymienionych objawów:

- |                                                    |                              |                              |
|----------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a) gorączka 38°C lub powyżej                       | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| b) kaszel                                          | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| c) duszność                                        | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| d) temperatura ciała obecnie lub w wywiadzie >38°C | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

.....  
podpis pacjenta

Upoważnienie jednorazowe do odbioru dokumentacji medycznej związanej z wykonaniem badań w kierunku SARS-COV-2 (COVID-19)

Imię i nazwisko pacjenta: .....  
PESEL:.....  
Adres:.....

- Ja niżej podpisana/y legitymująca/y się dowodem osobistym Seria ..... Nr .....  
☐ upoważniam Pana/Panią ..... legitymującego się dowodem osobistym Seria..... Nr..... do odbioru dokumentacji medycznej  
☐ Nie upoważniam nikogo do odbioru dokumentacji medycznej.

(Data i czytelny podpis pacjenta ) .....

Na podstawie Rozporządzenia 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej zwanego „Rozporządzeniem”, Centrum Medyczne Medyk sp z o.o. s.k. oświadcza, iż: 1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Medyczne Medyk sp z o.o. s. k siedzibą w Rzeszowie, ul. Fryderyka Szopena 1, 35-055 Rzeszów („CM Medyk”), adres email: [medyk@medyk.rzeszow.pl](mailto:medyk@medyk.rzeszow.pl), numer telefonu: 17 850 80 05. 2. Dane osobowe będą przetwarzane w celu związanym ze świadczeniem usług przez CM Medyk, w tym w celu realizacji praw i obowiązków związanych ze świadczeniem usług, a także w celu dochodzenia, ustalenia, obrony przed roszczeniami. 3. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenia (zgoda), art. 6 ust. 1 lit. b) Rozporządzenia (przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy lub podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą przed zawarciem umowy), art. 6 ust. 1 lit. c) Rozporządzenia (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na CM Medyk), oraz art. 6 ust. 1 lit. f) Rozporządzenia (prawnie uzasadniony interes po stronie CM Medyk w postaci konieczności zapewnienia możliwości dochodzenia, ustalenia i obrony przed roszczeniami). 4. Dostęp do danych osobowych mogą mieć podmioty, którym CM Medyk powierzyła przetwarzanie danych osobowych na podstawie umów, w tym w szczególności podmioty świadczące usługi z zakresu utrzymania i serwisu systemów informatycznych, podmioty współpracujące z CM Medyk w celu wykonania umowy, w tym wykonania świadczeń, podmioty świadczące usługi prawne, a także podmioty, które na podstawie przepisów prawa mogą uzyskać do nich dostęp. 5. Nie planujemy przekazywać danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy. 6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do osiągnięcia celu przetwarzania danych, w tym przez okres świadczenia usług i przez okres przechowywania dokumentacji określony w przepisach prawa (w przypadku konieczności jej przechowywania), do upływu maksymalnego okresu czasu wskazanego poniżej: a) w przypadku możliwości skutecznego wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych lub wycofania zgody na przetwarzanie danych – do czasu wniesienia sprzeciwu lub cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych b) do czasu przedawnienia potencjalnych roszczeń związanych ze świadczeniem usług, c) do upływu okresów przewidzianych przepisami prawa zobowiązującymi do przetwarzania danych (w przypadku przepisów podatkowych jest to 5 lat od zakończenia roku, w którym nastąpiło zdarzenie gospodarcze). 7. Ma Pani/Pan prawo żądania od CM Medyk dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. Ma Pani/Pan prawo do przenoszenia danych. 8. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. 9. Ma Pani/Pan prawo do cofnięcia wyrażonej zgody na przetwarzanie danych osobowych. Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. 10. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych). 11. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale jest wymogiem umownym; konsekwencją ich niepodania może być brak możliwości świadczenia usług. 12. Dane osobowe nie będą przedmiotem procesów, w ramach których miałyby dojść do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.