

**Ankieta przy badaniu przeciwciał IgM/IgG w kierunku koronawirusa**

IgM 🞎 ujemny/dodatni IgG 🞎 ujemny/dodatni

Nazwisko i Imię……………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………………………………………………

Pesel………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**\* zaznaczyć właściwe**

1. Pracownik medyczny 🞎 niemedyczny 🞎 osoba niepracująca 🞎
2. Wiek: Poniżej 18 r.ż. 🞎 18-30 lat 🞎 31-50 lat 🞎 51-70 lat 🞎 Powyżej 70 r.ż. 🞎
3. Płeć: Kobieta 🞎 Mężczyzna 🞎
4. Czy poniższe objawy wystąpiły u Pani/Pana w okresie od grudnia 2019 r. ?

**\* proszę wstawić krzyżyk przy odpowiedniej odpowiedzi TAK lub NIE, w przypadku wyboru odpowiedzi TAK proszę podać przybliżoną datę miesiąc/rok**

* 1. Kaszel ? 🞎 NIE 🞎 TAK kiedy ………………………………………………
	2. Gorączka > 38 ° ? 🞎 NIE 🞎 TAK kiedy ………………………………
	3. Katar ? 🞎 NIE 🞎 TAK kiedy …………………………………………………
	4. Duszność ? 🞎 NIE 🞎 TAK kiedy ……………………………………………
	5. Utrata węchu o nagłym początku ? 🞎 NIE 🞎 TAK kiedy ………………
	6. Utrata lub zaburzenia węchu i/lub smaku o nagłym początku? 🞎 NIE 🞎 TAK kiedy ……………………………………………………………………….
1. Czy poniższe objawy wystąpiły u Pani/Pana w okresie od grudnia 2019 r. ?

**\* proszę wstawić krzyżyk przy odpowiedniej odpowiedzi TAK lub NIE**

1. Nadciśnienie tętnicze: 🞎 TAK 🞎 NIE
2. Niewydolność serca: 🞎 TAK 🞎 NIE
3. Cukrzyca: 🞎 TAK 🞎 NIE
4. Niewydolność nerek: 🞎 TAK 🞎 NIE
5. Choroby płuc : 🞎 TAK 🞎 NIE
6. Astma: 🞎 TAK 🞎 NIE
7. Alergia: 🞎 TAK 🞎 NIE
8. Obniżenie odporności: 🞎 TAK 🞎 NIE
9. Choroby z autoagresji (m.in. toczeń, reumatoidalne zapalenie stawów, choroba Hashimoto, stwardnienie rozsiane): 🞎 TAK 🞎 NIE
10. Nikotynizm: 🞎 TAK 🞎 NIE
11. Choroba nowotworowa: 🞎 TAK (jeśli tak, kiedy i jakie ? ….............) 🞎 NIE Inne: ……………………………………………………………………………………………………
12. Proszę podać leki stosowane przewlekle – jeśli dotyczy ……………………………………………………………………………………………………………………………………

 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, numer telefonu:17 850 80 05. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Państwa danych osobowych przez MEDYK można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych dostępnym pod adresem e-mail : iod@medyk.rzeszow.pl 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) w związku z art. 9 ust.2 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, art.9 ust.2 lit. j). 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 miałoby dojść do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania

