

**KARTA INFORMACYJNA PODPIECZNEGO**

**(PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI!)**

Imię i nazwisko Podopiecznego:.....

Numer PESEL/data urodzenia: .....

Numer i seria dowodu osobistego: .....

**Osoby do kontaktu**

Nazwisko imię/adres	Pokrewieństwo (także sąsiad)	Telefony (dom, praca, komórka)	Klucz (tak/nie)	Inne: dostępność, czas dojazdu, e-mail etc.
		Telefon 1: Telefon 2:		
		Telefon 1: Telefon 2:		
		Telefon 1: Telefon 2:		
		Telefon 1: Telefon 2:		
		Telefon 1: Telefon 2:		

**Miejsce instalacji urządzenia do teleopieki:**

ulica .....; nr domu .....; nr lokalu.....

miasto .....; kod pocztowy: .....



**numer telefonu stacjonarnego** (.....).....

**numer telefonu komórkowego**.....

piętro:.....

**Opis budynku** (kod domofonu, winda, metraż, ogród, balkon/taras, garaż, etc.)

.....  
.....

**Droga dojazdowa**

.....  
.....

**Najbliższa stacja pogotowia ratunkowego (miejscowość) oraz numer telefonu**

1. ....
2. ....

**Nocna i świąteczna opieka zdrowotna – adres oraz telefon**

.....  
.....

**Adres/numer telefonu przychodni rejonowej zdrowia**

.....

**Imię i nazwisko oraz numer telefonu do lekarza rodzinnego**

.....

**Imię i nazwisko oraz numer telefonu do „opiekuna”**

.....

**Stan zdrowia:**

wzrost .....cm; waga.....kg; grupa krwi .....

słabo słyszy: TAK/NIE;

zdarzają się upadki i omdlenia: TAK/NIE

osteoporoza: TAK/NIE

stwardnienie rozsiane: TAK/NIE

niedowład: TAK/NIE, czego:.....

kłopoty z oddychaniem, astma: TAK/NIE

stan poudarowy: TAK/NIE

niewydolność serca: TAK/NIE



zaburzenia rytmu serca: TAK/NIE

rozrusznik: TAK/NIE

stan pozawałowy: TAK/NIE

nadciśnienie: TAK/NIE

cukrzyca: TAK/NIE

parkinson: TAK/NIE

alzheimer: TAK/NIE

epilepsja: TAK/NIE

kłopoty z pamięcią: TAK/NIE

***\*niepotrzebne skreślić***

**Inne choroby i przebyte operacje:** .....

.....

**Nietolerancja, uczulenie na leki – wymienić**.....

.....

**Stale zażywane leki oraz miejsce ich przechowywania (w tym insulina)**

.....

.....

.....

**Pudełko/koperta życia**       tak       nie      gdzie.....

**Czy Podopieczny/Klient jest zainteresowany instalacją dokonaną przez przedstawiciela PCO (jednorazowy koszt 150,00 zł):** TAK/NIE\*

**Czy numer na którym jest świadczona usługa nie jest zastrzeżony (warunek konieczny):** TAK/NIE\*

**Niniejszym dokumentem Podopieczny wyraża zgodę na objęcie go usługą Teleopieki Domowej w miejscu zamieszkania.**

W przypadku nieuzasadnionego alarmu, odpowiedzialność wobec służb ratunkowych ponosi Podopieczny. Przejadkowe wzbudzenie alarmu przez podopiecznego o ile nie będzie to skutkowało koniecznością zawiadomienia przez Centrum Alarmowe służb ratowniczych oraz osób z listy kontaktowej, nie będzie powodowało obciążenia podopiecznego dodatkowymi kosztami za nieuzasadnione wszczęcie przez niego alarmu.

### Przetwarzanie danych osobowych

1. Podopieczny podpisując Kartę Informacyjną (KI) wyraża zgodę na przetwarzanie przez PCO danych osobowych, które podane zostały przez Podopiecznego w Karcie Informacyjnej, zgodnie z odpowiednimi regulacjami umownymi w tym przedmiocie, w zakresie niezbędnym do realizacji usługi Teleopieki Domowej.
2. Podopieczny podpisując KI wyraża także zgodę na przetwarzanie przez PCO danych dotyczących jego stanu zdrowia, w tym w szczególności: wzrostu, wagi, grupy krwi, przebytych chorób, aktualnych chorób, chorób przewlekłych, uczuleń na leki, leków, które stale zażywa oraz miejsca, gdzie są przechowywane oraz innych danych dotyczących tej sfery życia Klienta, które mogą mieć znaczenie z punktu widzenia PCO przy wykonywaniu usługi.
3. Podopieczny oświadcza, że osoby wskazane do kontaktu w Karcie Informacyjnej, zostaną przez niego poinformowane o tym, że:
  - a) ich dane osobowe będą przetwarzane przez Polskie Centrum Opieki Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Gdyni (81-969), przy ul. Janka Wiśniewskiego 20;
  - b) ich dane osobowe w postaci imienia i nazwiska, adresu zamieszkania, numeru telefonu będą przetwarzane w celu wykonania usługi oraz będą przekazywane przez PCO podmiotom współpracującym przy jej wykonaniu;
  - c) Podopieczny jest źródłem danych podanych PCO;
  - d) posiadają prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania;
  - e) posiadają prawo wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania ich danych ze względu na ich szczególną sytuację, jeżeli znajdą przesłanki, o których mowa w art. 23 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy o ochronie danych osobowych;
  - f) posiadają prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania ich danych, gdy administrator zamierza je przetwarzać w celach marketingowych lub wobec przekazywania ich danych osobowych innemu administratorowi danych, jeżeli znajdą przesłanki, o których mowa w art. 23 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy o ochronie danych osobowych.
4. Podopieczny oświadcza, że został poinformowany o tym, że:
  - a) administratorem jego danych osobowych jest Polskie Centrum Opieki Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Gdyni (81 – 969), przy ul. Janka Wiśniewskiego 20;
  - b) dane osobowe Podopiecznego przetwarzane będą w celu wykonania usługi;
  - c) odbiorcami danych Podopiecznego będą podmioty współpracujące z administratorem danych w celu wykonania usługi i wyraża zgodę na ich przetwarzanie przez te podmioty;
  - d) posiada prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.
5. Podopieczny oświadcza, że dane osobowe podał dobrowolnie w celu zapewnienia wykonania usługi przez administratora danych oraz podmioty z nim współpracujące w wykonaniu usługi.

-----  
*Miejscowość, dnia*

-----  
*Podpis Podopiecznego*

**\*niepotrzebne skreślić**

Do Karty Informacyjnej należy dołączyć poniższy załącznik podpisany przez każdą z osób podanych w części „Osoby do kontaktu“

**„egzemplarz dla PCO“**

Zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Centrum Opieki Sp. z o.o. z siedzibą w Gdyni (81-969), ul. Janka Wiśniewskiego 20/302, zwana dalej Spółką,
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji usługi Teleopieki przez Spółkę i nie będą udostępniane innym odbiorcom,
3. Spółka pozyskała Pani/Pana dane osobowe od

.....  
/imię nazwisko adres Podopiecznego lub Klienta/

4. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,
5. na podstawie art. 32 ust. 1 pkt 7 ustawy o ochronie danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania Pani/Pana danych ze względu na Pani/Pana szczególną sytuację, jak również – na podstawie art. 32 ust. 1 pkt 8 ustawy o ochronie danych osobowych ma Pani/Pan prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych w celach marketingowych lub wobec przekazywania ich innemu administratorowi danych

Zapoznałem się:

....., dnia .....

.....  
(czytelny podpis)

.....  
(czytelny podpis)

.....  
(czytelny podpis)

.....  
(czytelny podpis)

.....  
(czytelny podpis)

## OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że ja: .....

zamieszkały/a w: .....

legitymujący/a się dowodem osobistym nr: .....

wyrażam zgodę na nagrywanie połączeń przychodzących i wychodzących z Centrum Operacyjno-Alarmowego i upoważniam Polskie Centrum Opieki Spółka z o.o. ul. Janka Wiśniewskiego 20/302, 81-969 Gdynia, zwanym dalej PCO do przechowywania tych nagrań przez okres 5 lat, jak również ich wykorzystania w przypadkach przewidzianych prawem.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że po upływie 5 lat od momentu dokonania nagrania PCO zniszczy wszelkie nagrania, chyba, że uzasadniona przyczyna ich wykorzystania powstała przed upływem tego okresu. W takim przypadku PCO zastrzega sobie prawo do przechowywania nagrań przez okres dłuższy niż 5 lat do czasu ustania przyczyny ich przechowywania i zobowiązuje się do powiadomienia mnie o zaistniałej sytuacji.

....., dnia .....

(czytelny podpis)

## OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że ja: .....

zamieszkały/a w: .....

legitymujący/a się dowodem osobistym nr: .....

1. Jestem właścicielem lokalu: .....

w którym będzie świadczona usługa Telefonicznej Opieki Domowej <sup>1</sup>

2. Jestem właścicielem lokalu: .....

I wyrażam zgodę na zawarcie umowy na usługę Telefonicznej Opieki Domowej,

która będzie świadczona na rzecz Podopiecznego:

.....w w/w lokalu<sup>1</sup>

3. W sytuacji, gdy nie będzie można nawiązać kontaktu głosowego z Podopiecznym, ani z żadną osobą z listy kontaktowej, posiadającą klucz do lokalu, wyrażam/nie wyrażam<sup>1</sup> zgodę na siłowe wejście do mieszkania przez Straż Pożarną i/lub Policję celem umożliwienia natychmiastowego wejścia ekipie Pogotowie Ratunkowego do lokalu w którym przebywa Podopieczny, po jej przybyciu na miejsce wywołania alarmu.

....., dnia.....

(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

---

<sup>1</sup>Niepotrzebne skreślić