

DOTAZNÍK BEZPEČNOSTI A INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA S VYKONANÍM VYŠETRENIA MAGNETICKOU REZONANCIOU A SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV



MRI Point s.r.o., Demänovská Dolina, 031 01, Demänovská Dolina

Titul, Meno a Priezvisko:

Adresa bydliska:

Dátum narodenia:

Rodné číslo:

Oblasť, ktorá má byť vyšetrená:

Prosím zakrúžkujte, či sú vo Vašom tele nasledujúce kovové časti:

Kardiostimulátor	ÁNO	NIE
Kovové svorky po operácii mozgu, ciev	ÁNO	NIE
Kovové kĺbne náhrady, kovové dlahy	ÁNO	NIE
Umelé Srdcové chlopne	ÁNO	NIE
Kochleárny implantát	ÁNO	NIE
Kovové črepiny v oku alebo inde v tele	ÁNO	NIE

Pokiaľ ste označili pri niektorej možnosti ÁNO, alebo ste tehotná, ihneď na túto skutočnosť UPOZORNITE personál magnetickej rezonancie!

Kovové časti môžu spôsobiť úraz alebo poškodenie prístroja, preto Vás prosíme aby ste si pred vstupom do vyšetrovne v kabínke odložili: hodinky, kľúče, obuv, oblečenie s kovovými časťami, načúvacie prístroje, okuliare, kontaktné šošovky, zubné protézy, bankomatové karty s magnetickým prúžkom, mobilné telefóny a pod.

Vyšetrenie magnetickej rezonanciou prebieha v niekoľkých sériách. Celé vyšetrenie trvá od 20-50 minút, v závislosti od vyšetrovanej oblasti. Vyšetrenie je bezbolestné. V priebehu vyšetrenia budete počuť klepanie a pípanie, ktoré patrí k vyšetreniu. Je nutné ležať kľudne a nehýbať sa. Každý pohyb vedie k znehodnoteniu vyšetrenia.

Svojím podpisom potvrdzujem, že som si dotazník bezpečnosti pred vyšetrením magnetickej rezonanciou prečítal/a a poučeniu rozumel/a. Čestne prehlasujem, že žiadam o vyšetrenie magnetickej rezonanciou mimo verejného zdravotného poistenia na vlastné náklady, na vlastnú žiadosť a bol som oboznámený s cenou vyšetrenia.

Písomná žiadosť pacienta o poskytnutie výpisu zo zdravotnej dokumentácie

Týmto žiadam spoločnosť MRI Point s.r.o. so sídlom Demänovská Dolina 296, 031 01 Liptovský Mikuláš ako poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o poskytnutie výpisu z mojej zdravotnej dokumentácie v súlade s § 24 z. č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších právnych predpisov, najmä v súvislosti so stavom a vývojom môjho zdravotného stavu a v súvislosti s údajmi potrebnými na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

V Demänovskej Doline, dňa: _____ **Podpis pacienta:** _____

Súhlas so spracovaním osobných údajov pacienta

Titul: _____ **Meno:** _____ **Priezvisko:** _____

Adresa bydliska: _____

Iná dodacia adresa: _____

E-mailový kontakt: _____

Telefónne číslo: _____

Podpisom tohto vyhlásenia potvrdzujem, že:

V súlade s v súlade s Čl. 7 Nariadenia EP a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov (ďalej v texte len ako „GDPR“) udeľujem spoločnosti MRI Point, s.r.o. so sídlom 031 01 Demänovská Dolina 9, IČO: 50 644 416 (ďalej len ako „MRI Point“ alebo „prevádzkovateľ“), **súhlas:**

A) so spracúvaním mojich osobných údajov v rozsahu titul, meno, priezvisko a vyššie uvedené kontaktné údaje (e-mailový/telefonický kontakt), a to na účely môjho kontaktovania v súvislosti s plánovaným poskytovaním vyžiadanej zdravotnej starostlivosti.

Mám záujem, aby som bola oslovovaná/ý:

- telefonicky na telefónne číslo vyššie uvedené
- elektronickou poštou na e-mail vyššie uvedený
- formou sms správy na telefónne číslo vyššie uvedené

Súhlasím s tým, že MRI Point ma bude kontaktovať v súvislosti s plánovaným poskytovaním vyžiadanej zdravotnej starostlivosti vyššie zvolenou formou, pričom som si vedomý/á toho, že obsahom zaslanej správy/e-mailu alebo telefonického rozhovoru môžu byť informácie, ktorých obsahom sú moje osobné údaje, vrátane osobných údajov o mojom zdravotnom stave.

B) so spracúvaním mojich osobných údajov na účely môjho kontaktovania v súvislosti s vyžiadaným poskytnutím výpisu z mojej zdravotnej dokumentácie:

- v rozsahu meno, priezvisko, e-mail v prípade, ak mám záujem o zasielanie výpisu e-mailom**
- v rozsahu meno, priezvisko, bydlisko, príp. iná dodacia adresa, ak mám záujem o zasielanie výpisu poštou**
- súhlas neudeľujem, po výsledky si prídem osobne**

Pacient ako dotknutá osoba podpisom tohto súhlasu vyslovene deklaruje, že si je vedomá svojich práv, ktoré jej ako dotknutej osobe vyplývajú, a že bola o nich zo strany prevádzkovateľa riadne poučená. Dotknutá osoba ďalej berie na vedomie, že informácie o svojich právach v súlade s Čl. 13 GDPR má kedykoľvek k dispozícii v priestoroch prevádzkovateľa.

Dotknutá osoba udeľuje prevádzkovateľovi súhlas v zmysle vyššie uvedeného na obdobie 20 rokov. Dotknutá osoba berie na vedomie, že súhlas so spracovaním osobných údajov možno pred uplynutím tejto doby kedykoľvek odvolať dorúčením písomného oznámenia prevádzkovateľovi na adresu jeho sídla vyššie uvedenú alebo e-mailom na adresu zodpovednaosoba@mrimagnet.sk. Prevádzkovateľ ďalej poučuje dotknutú osobu, že odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania vychádzajúceho zo súhlasu pred jeho odvolaním.

V prípade, ak pacient nesúhlasí ani s jednou možnosťou poskytnutia súhlasu, súhlas neudeľí.

V Demänovskej Doline, dňa

.....

podpis pacienta