

Nazwa i adres Ośrodka Współpracującego/POZ.....

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy ..... (obowiązkowe)

PESEL świadczeniobiorcy ..... (obowiązkowe)

Rozpoznanie wstępne świadczeniobiorcy ..... (obowiązkowe)

Nr telefonu komórkowego/stacjonarnego\*: ..... / Adres e-mail\*: .....

\*Świadczeniobiorca musi udostępnić co najmniej jedną z wymienionych możliwości kontaktu

**ŚWIADOMA ZGODA ŚWIADCZENIOBIORCY  
NA UDZIAŁ W PROGRAMIE PILOTAŻOWYM OPIEKI NAD ŚWIADCZENIOBIORCĄ  
W RAMACH SIECI KARDIOLOGICZNEJ**

Wyrażam zgodę na:

- 1) udział w programie pilotażowym opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej, na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 880);

.....  
(data i czytelny podpis Świadczeniobiorcy)

- 2) przetwarzanie moich danych osobowych, w tym moich danych o stanie zdrowia zgodnie z obowiązującymi przepisami 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, Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 t.j.) przez Narodowy Instytut Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego Państwowy Instytut Badawczy z siedzibą w Warszawie przy ul. Alpejskiej 42, w związku z moim udziałem w programie pilotażowym, o którym mowa w pkt. 1;
- 3) przekazywanie moich danych osobowych, w tym moich danych o stanie zdrowia między ośrodkami realizującymi program pilotażowy lub innym podmiotom w związku z realizacją zadań określonych przepisami prawa;
- 4) na pobranie moich danych osobowych z baz dostępnych dla Narodowego Instytutu Kardiologii.

.....  
(data i czytelny podpis Świadczeniobiorcy)

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) z uwagi na miejsce zamieszkania i zgłoszenie przynależę do Mazowieckiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia,
- 2) uzyskałam(em) niezbędne informacje dotyczące ww. programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Przyjmuję do wiadomości, że posiadam prawo dostępu do treści dotyczących mnie danych osobowych oraz ich poprawiania, jak również, że podanie przeze mnie danych osobowych w związku z udziałem w programie pilotażowym jest dobrowolne.

.....  
(data i czytelny podpis Świadczeniobiorcy)

Oświadczam, że omówiłam(em) z pacjentem warunki jego udziału w ww. programie pilotażowym, używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłam(em) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. programu. Ww. osoba (pacjent) uzyskuje zgodę na badanie.

.....  
(data i czytelny podpis lekarza oraz numer telefonu kontaktowego)