



VZOR SÚHLASU SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV NA ÚČELY OČKOVANIA

180919_S_OČKOVANIE

Udaje o pacientovi

Meno a priezvisko:
Adresa bydliska:
Dátum narodenia:

Udaje o zákonom zástupcovi

Meno a priezvisko:
Adresa bydliska:
Dátum narodenia:

(ďalej ako „pacient“ alebo aj „dotknutá osoba“)

Vyššie uvedená dotknutá osoba svojím podpisom udeľuje súhlas na spracovanie svojich osobných údajov poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti:
so sídlom:.....
IČO: zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu
....., Oddiel:, vložka:e-mailová adresa:
(ďalej len „prevádzkovateľ“).

Prevádzkovateľ môže na základe tohto súhlasu spracúvať **osobné údaje pacienta v rozsahu** meno a priezvisko, rodné číslo, adresa bydliska, dátum narodenia, zdravotná poisťovňa, dátum pozvania na očkovanie, dátum uskutočnenia očkovania a údaje o očkovaní. Vaše osobné údaje budú vo vymedzenom rozsahu spracúvané za **účelom zákonných hlásení o vykonanom/nevykonanom očkovaní Regionálnemu úradu verejného zdravotníctva** („ďalej ako účel“).

Osobné údaje na vyššie vymedzený účel bude prevádzkovateľ spracúvať a uchovávať po dobu vedenia zdravotnej dokumentácie, najviac 20 rokov po smrti pacienta, prípadne do momentu odvolania súhlasu so spracovaním osobných údajov. Po uplynutí tejto doby alebo odvolaní súhlasu so spracovaním osobných údajov budú osobné údaje zlikvidované. Získané osobné údaje nepodliehajú profilovaniu ani automatizovanému rozhodovaniu.

Prevádzkovateľ Vás informuje, že Vaše osobné údaje budú poskytnuté Regionálnemu úradu verejného zdravotníctva, Národnému centru zdravotníckych informácií. Prevádzkovateľ nezamýšľa prenos osobných údajov do tretej krajiny ani medzinárodnej organizácie.

Poskytnutie osobných údajov, ako aj udelenie Vášho súhlasu s ich spracúvaním je dobrovoľné. Súhlas môžete kedykoľvek odvolať, a to písomným informovaním prevádzkovateľa na poštovej adrese zhodnej so sídlom prevádzkovateľa alebo e-mailovej adrese uvedenej vyššie. Odvolanie súhlasu je účinné dňom jeho doručenia. Vo vzťahu k Vaším osobným údajom môžete uplatniť nasledujúce práva:

- a) vyžiadať si informácie o Vašich osobných údajoch spracúvaných prevádzkovateľom a tiež právo na prístup k Vaším osobným údajom,
- b) požadovať opravu Vašich osobných údajov, ak sú nesprávne alebo neúplné,
- c) požadovať obmedzenie spracúvania osobných údajov (po splnení podmienok stanovených právnymi predpismi),
- d) požadovať vymazanie Vašich osobných údajov získané na základe tohto súhlasu,
- e) byť oboznámený s opravou alebo vymazaním Vašich osobných údajov,
- f) na prenos osobných údajov Vám alebo inej osobe v bežne používanom a strojovo čitateľnom formáte (po splnení podmienok stanovených právnymi predpismi),
- g) podať sťažnosť alebo návrh na začatie konania Úradu na ochranu osobných údajov,
- h) kedykoľvek odvolať Váš súhlas so spracovaním osobných údajov, bez toho aby to malo vplyv na zákonnosť spracovania osobných údajov pred odvolaním súhlasu,
- i) právo namietať spracúvanie Vašich osobných údajov.

Dotknutá osoba vyhlasuje, že poskytnuté osobné údaje sú pravdivé, aktuálne a boli poskytnuté slobodne.

V dňa

V dňa

.....
podpis pacienta

.....
podpis zákonného zástupcu*

***Vyhlasenie zákonného zástupcu:** Svojím podpisom vyhlasujem, že som zákonným zástupcom nespôsobilého pacienta a že neexistuje žiadna právna prekážka k tomu, aby som za nespôsobilého pacienta udelil informovaný súhlas k poskytnutiu zdravotnej starostlivosti. Vyhlasujem, že som bol pred udelením súhlasu poučený a boli mi poskytnuté všetky informácie v rozsahu ako vyplýva z predošlého textu tohto dokumentu. Na základe nich súhlas so spracovaním osobných údajov za pacienta udeľujem.