



# ŽIADOSŤ O POSKYTOVANÍ ÚDAJOV TÝKAJÚCICH SA ZDRAVIA EMAILOM A TELEFONICKY

## A: Identifikácia pacienta a poskytovateľa

Meno a priezvisko pacienta: \_\_\_\_\_

Dátum narodenia: \_\_\_\_\_

Trvalé bydlisko: \_\_\_\_\_

Unikátny identifikačný kód: \_\_\_\_\_

(ďalej v texte ako "pacient")

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti: \_\_\_\_\_

so sídlom \_\_\_\_\_

IČO: \_\_\_\_\_

e-mailová adresa: \_\_\_\_\_

(ďalej v texte ako "poskytovateľ")

Emailová komunikácia nezaručuje dostatočnú ochranu osobných údajov, pretože nie je možné overiť, komu boli osobné údaje odovzdané. Zasielanie akýchkoľvek informácií prostredníctvom emailu sa preto neodporúča. Ak si to však pacient výslovne písomne vyžiada, je možné vo výnimočných prípadoch, kedy sa pacient nemôže osobne dostať k poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, zaslať prostredníctvom emailu informácie o zdravotnom stave pacienta, príp. o poskytovanej zdravotnej starostlivosti s tým, že bude dokument zaheslovaný, pričom na tento účel bude použitý unikátny identifikačný kód, ktorý bol pacientovi pridelený a ktorý pacient nesmie odovzdať žiadnej neoprávnenej osobe.

Konzultovať zdravotný stav pacienta alebo oznamovať sa rovnako neodporúča. Vo výnimočných prípadoch a na výslovnú žiadosť pacienta, kedy sa nemôže osobne dostať k poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, je možné oznámiť pacientovi informácie o jeho zdravotnom stave, príp. o poskytovanej zdravotnej starostlivosti, telefonicky. Pri kontakte s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je pacient povinný používať unikátny identifikačný kód, ktorý mu bol pridelený. Tento kód bude poskytovateľom zdravotnej starostlivosti od pacienta, respektíve od ním určených osôb, pri telefonickom kontakte vždy vyžadovaný a bez jeho oznámenia nebudú pacientovi ani ním určeným osobám oznámené žiadne informácie.

## B: Žiadosť o poskytovanie informácií týkajúcich sa zdravia pacienta emailom

Týmto výslovne žiadam, aby mi informácie o mojom zdravotnom stave boli zasielané aj prostredníctvom emailovej adresy: \_\_\_\_\_. Beriem na vedomie, že elektronická komunikácia môže byť ovplyvnená neautorizovanými prílohami alebo počítačovými vírusmi resp. iným spôsobom a že akonáhle email odíde zo servera poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, môže sa dostať do rúk iného adresáta, pričom túto skutočnosť nemôže poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nijako ovplyvniť. Beriem na vedomie, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nenesie žiadnu zodpovednosť za tieto následky a v rozsahu informácií obsiahnutých v emailovej správe, a v nižšie uvedenom rozsahu (informácie o zdravotnom stave/výsledky vyšetrení) poskytovateľa zdravotnej starostlivosti povinnosti zachovávať mlčanlivosť.

Prajem si emailom zasielať všetky informácie o mojom zdravotnom stave: ÁNO NIE  
(vhodnú možnosť zakrúžkujte)

Prajem si emailom zasielať iba výsledky mojich vyšetrení: ÁNO NIE  
(vhodnú možnosť zakrúžkujte)

Dátum a podpis pacienta: \_\_\_\_\_



### C: Žiadosť o poskytovanie informácií týkajúcich sa zdravia pacienta telefonicky

Výslovne žiadam, aby mi informácie o mojom zdravotnom stave boli oznamované telefonicky na čísle: \_\_\_\_\_, a to na základe oznámenia dohodnutého unikátneho identifikačného kódu, ktorý mi bol pridelený a je obsiahnutý v tomto dokumente. Beriem na vedomie, že telefonická komunikácia nemusí byť dostatočne zabezpečená a môže dôjsť k úniku osobných údajov, najmä v prípade, že unikátny identifikačný kód oznámim, či inak dám k dispozícii inej osobe. Beriem na vedomie, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nenesie žiadnu zodpovednosť za tieto následky a v rozsahu informácií oznámených telefonicky zbavujem poskytovateľa zdravotnej starostlivosti zachovať mlčanlivosť.

Prajem si telefonicky oznamovať všetky informácie o mojom zdravotnom stave:                    ÁNO                    NIE  
(vhodnú možnosť zakrúžkujte)

Prajem si telefonicky oznamovať iba výsledky mojich vyšetrení:                    ÁNO                    NIE  
(vhodnú možnosť zakrúžkujte)

Dátum a podpis pacienta: \_\_\_\_\_

### D: Súhlas so spracúvaním osobných údajov

Pacient svojím podpisom udeľuje súhlas na spracovanie svojich osobných poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý na základe tohto súhlasu môže spracúvať osobné údaje pacienta v rozsahu, ktorý si zvolí pacient v bode B a C za účelom oznamovania informácií týkajúcich sa pacientovho zdravia a konzultácii s tým spojených, a to formou emailu a/alebo telefonicky, podľa toho ako si pacient zvolí v bode B a C (ďalej ako „účel“).

Osobné údaje na vyššie vymedzený účel bude poskytovateľ zdravotnej starostlivosti spracúvať a uchovávať počas poskytovania zdravotnej starostlivosti, najviac 20 rokov od smrti pacienta, prípadne do momentu odvolania súhlasu so spracovaním osobných údajov. Získané osobné údaje nepodliehajú profilovaniu ani automatizovanému rozhodovaniu.

Poskytnutie osobných údajov, ako aj udelenie Vášho súhlasu s ich spracúvaním je dobrovoľné. Súhlas môžete kedykoľvek odvolať, a to písomným informovaním poskytovateľa zdravotnej starostlivosti na poštovej adrese zhodnej so sídlom alebo e-mailovej adrese poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Odvolanie súhlasu je účinné dňom jeho doručenia. Po odvolaní súhlasu poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nebude oprávnený oznamovať informácie týkajúce sa pacientovho zdravia a konzultovať telefonicky alebo e-mailom.

Vaše osobné údaje nebudú poskytované žiadnym príjemcom. Prevádzkovateľ nezamýšľa prenos osobných údajov do tretej krajiny ani medzinárodnej organizácie (ak sa zamýšľa, vyžaduje sa identifikácia tretej krajiny/medzinárodnej organizácie a identifikácia tzv. primeraných záruk).

#### Vo vzťahu k Vaším osobným údajom môžete uplatniť nasledujúce práva:

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

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

V \_\_\_\_\_, dňa \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta

\_\_\_\_\_  
Podpis a pečiatka poskytovateľa