

příhláška změna odvolání souhlasu

1. Základní identifikace pojištěnce

Příjmení	Jméno	Titul	Číslo pojištění (rodné číslo bez lomítka)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail			Mobilní telefon (s předvolbou +420)
<input type="text"/>			<input type="text"/>

2. Kontaktní údaje na osobu blízkou

Příjmení	Jméno	Titul	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Hlavní chronická onemocnění - seznam chronicit naleznete v příloze k vyplnění tohoto formuláře

Číslo chronického onemocnění Nejsem chronicky nemocný

4. Alergie a její specifikace

lékové potravinové inhalační jiné nejsem alergik

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Rodinná anamnéza

onkologické onemocnění diabetes psychiatrické onemocnění
 kardiovaskulární onemocnění dyslipidemie nejsem si vědom/a

6. Prodělané závažné operace, úrazy

<input type="text"/>	Rok operace	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Rok operace	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Rok operace	<input type="text"/>

7. Trvale užívané léky

<input type="text"/>	Dávkování	<input type="text"/>	Od	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Dávkování	<input type="text"/>	Od	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Dávkování	<input type="text"/>	Od	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. Aktuálně užívané léky

<input type="text"/>	Dávkování	<input type="text"/>	Od	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Dávkování	<input type="text"/>	Od	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Dávkování	<input type="text"/>	Od	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9. Poznámka k aktuálnímu zdravotnímu stavu

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jste kuřák? ano ne Datum posledního očkování proti tetanu . . Výška (cm) Váha (kg) Datum měření . .

10. Souhlas

Tímto svým podpisem uděluji souhlas se zpracováním těchto osobních údajů a s jejich zpřístupněním zdravotnické záchranné službě a praktickému lékaři v rozsahu uvedeném na druhé straně tohoto formuláře.

Žádám o zaslání osobních identifikátorů

Datum vyplnění . . Podpis žadatele (zákonného zástupce) Karty života

Souhlas se zpracováním osobních údajů a se zpřístupněním údajů zdravotnické záchranné služby a praktickému lékaři

podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Správce údajů:

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, sídlo: Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3
IČ: 47114304, tel.: 844 211 211, www.zpmvcr.cz, e-mail: info@zpmvcr.cz (dále jen „ZP MV ČR“)

Subjekt údajů: pojištěnec, viz str. 1 (dále jen „pojištěnec“)

Zpracovatel:

1. Územní středisko zdravotnické záchranné služby podle § 3 odst. 1 písm. a) vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů.

2. Registrující praktický lékař (dále jen „PL“)

V souladu s níže uvedeným poučením uděluji jako pojištěnec (jako zákonný zástupce) výslovný souhlas s tím, aby můj registrující praktický lékař nahlížel do mé Karty života, ověřil správnost mnou vyplněných údajů, případně mi pomohl s vyplněním údajů vztahujících se k mé osobě, které jsou zákonem č. 101/2000 Sb. definovány jako citlivé.

Souhlasím se statistickým zpracováním a uchováváním těchto údajů v informačním systému ZP MV ČR na elektronické Kartě života, za účelem sledování poskytování zdravotní péče a zvyšování její kvality v součinnosti registrujícího PL a ZP MV ČR.

Dále uděluji jako pojištěnec (jako zákonný zástupce) výslovný souhlas s tím, aby níže označené údaje z elektronické Karty života byly zpřístupněny oprávněným pracovníkům územních středisek zdravotnické záchranné služby (dále jen „ZZS“) za účelem jejich využití v situaci, kdy můj zdravotní stav bude vyžadovat zásah ZZS. Oprávněným pracovníkem ZZS se rozumí zaměstnanec ZZS, kterému ZZS přidělila, na základě smlouvy uzavřené mezi ZP MV ČR a územním střediskem ZZS, zabezpečený elektronický přístup k níže uvedeným údajům v databázi „Karet života“.

Přehled údajů na Kartě života:

1. Souhrnná klasifikace pojištěnce z hlediska předchozí zdravotní zátěže *
2. Kontaktní údaje na osobu blízkou *
3. Kontaktní údaje na ošetřujícího lékaře *
4. Případná chronická onemocnění *
5. Alergie *
6. Rodinná anamnéza
7. Závažné podstoupené operace a úrazy *
8. Trvale užívané léky *
9. Aktuálně předepsané léky *
10. Datum posledního očkování proti tetanu *
11. Kuřák- nekuřák
12. Výška a váha
13. Poznámka k aktuálnímu zdravotnímu stavu *

(Pozn. Hvězdičkou jsou označeny údaje, které budou zpřístupněny zdravotnické záchranné službě)

Citlivé údaje na Kartě života pro ZZS budou shromážděny pouze na serveru ZP MV ČR a budou zpřístupněny registrujícímu PL, dále ZP MV ČR a ZZS. **ZP MV ČR vylučuje přístup dalších subjektů k vyplněným údajům.** Jakékoliv individuální požadavky či podmínky pojištěnce ke způsobu či druhu zdravotní péče nemůže ZP MV ČR garantovat, neboť zasahující nebo ošetřující lékař ji poskytuje v souladu s příslušnými právními předpisy a dostupnými poznatky lékařské vědy.

Tento souhlas vyslovuji na dobu mého pojištění u ZP MV ČR nebo do odvolání mého souhlasu.

Souhlas poskytuji **dobrovolně**, poté, co jsem byl seznámen s rozsahem a účelem zpracování osobních údajů správcem údajů - ZP MV ČR, způsobem zpracování a dobou zpracování a jsem srozuměn s tím, že tento souhlas je podmínkou pro zpřístupnění označených údajů z mé Karty života ZZS.

Poučení:

Máte právo přístupu k citlivým údajům vyplněným na Kartě života a právo na opravu těchto údajů, jakož i na další práva stanovená ustanovením § 21 zákona č. 101/2000 Sb. Jestliže zjistíte nebo se budete domnívat, že ZP MV ČR nebo PL provádí zpracování údajů na Kartě života v rozporu s ochranou Vašeho soukromého života nebo budou-li osobní údaje nepřesné s ohledem na účel jejich zpracování, můžete požádat ZP MV ČR nebo PL o vysvětlení a požadovat, aby byl odstraněn takto vzniklý stav. Může se jednat především o blokování, provedení opravy, doplnění nebo likvidaci údajů. Bude-li tato Vaše žádost shledána oprávněnou, ZP MV ČR nebo PL odstraní neprodleně závadný stav. Nevyhoví-li ZP MV ČR nebo PL této Vaší žádosti, máte právo obrátit se na Úřad na ochranu osobních údajů, www.uoou.cz. Na tento úřad se můžete obrátit se svým podnětem i přímo.

Tento souhlas můžete odvolat jeho zrušením v aplikaci na serveru ZP MV ČR, na Kartě života v rubrice „**Odvolání souhlasu se zpracováním osobních údajů**“, zaškrtnutím volby „**odvolání souhlasu**“ na **papírovém formuláři Karta života** nebo doporučeným dopisem zasláným na adresu sídla správce. Odvolání souhlasu má za následek blokování osobních údajů, tj. údaje jsou ode dne účinnosti odvolání souhlasu pro kohokoli nepřístupné a nelze je ani jinak zpracovávat. Odvolání je účinné dnem jeho doručení ZP MV ČR.

Pokud požádáte ZP MV ČR o informaci o zpracování Vašich osobních údajů podle § 12 zák. č. 101/2000 Sb., ZP MV ČR Vám bez zbytečného odkladu požadovanou informaci předá.