

## teleopieki SiDLY

Numer identyfikacyjny opaski (IMEI)

Dzień dobry! Miło nam powitać Cię w gronie podopiecznych SiDLY. Aby w pełni korzystać ze wszystkich funkcji opaski telemedycznej oraz teleopieki ratowników medycznych, prosimy Cię o wypełnienie poniższego formularza. Gwarantujemy, że Twoje dane pozostaną poufne, bezpieczne i nie zostaną udostępnione jakimkolwiek podmiotom trzecim bez Twojej zgody.

### WYPEŁNIJ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI



#### Dane użytkownika

Imię

Nazwisko

PESEL

E-mail

Płeć

Kobieta

Mężczyzna

Waga (kg)

Wzrost (cm)

Numer telefonu

Telefon stacjonarny



#### Adres zamieszkania

Województwo

Powiat

Gmina

Miejscowość

Ulica

Numer domu

Numer mieszkania

Kod pocztowy

Piętro

Numer klatki

Wskazówki dojazdu dla służb ratowniczych

Imię i nazwisko



## Osoby do kontaktu

### 1 Osoba do kontaktu

Imię i nazwisko

Numer telefonu

Powiązanie,  
np. mąż, córka, sąsiad

Posiada klucze do mojego  
mieszkania / domu

Adres  
zamieszkania

Dodatkowe  
informacje,  
np. jak szybko może do  
Ciebie dotrzeć

**TAK, wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych medycznych, w tym informacji o stanie zdrowia oraz wszelkich innych istotnych informacji medycznych wyżej wymienionej osobie.**

Rozumiem, że ta zgoda jest dobrowolna i mogę ją w każdej chwili odwołać, składając pisemne oświadczenie w placówce medycznej. Wyrażam również zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji niniejszej zgody zgodnie z polityką prywatności SIDLY oraz obowiązującymi przepisami prawa.

### 2 Osoba do kontaktu

Imię i nazwisko

Numer telefonu

Powiązanie,  
np. mąż, córka, sąsiad

Posiada klucze do mojego  
mieszkania / domu

Adres  
zamieszkania

Dodatkowe  
informacje,  
np. jak szybko może do  
Ciebie dotrzeć

**TAK, wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych medycznych, w tym informacji o stanie zdrowia oraz wszelkich innych istotnych informacji medycznych wyżej wymienionej osobie.**

Rozumiem, że ta zgoda jest dobrowolna i mogę ją w każdej chwili odwołać, składając pisemne oświadczenie w placówce medycznej. Wyrażam również zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji niniejszej zgody zgodnie z polityką prywatności SIDLY oraz obowiązującymi przepisami prawa.

Imię i nazwisko

### 3 Osoba do kontaktu

Imię i nazwisko

Numer telefonu

Powiązanie,  
np. mąż, córka, sąsiadPosiada klucze do mojego  
mieszkania / domuAdres  
zamieszkaniaDodatkowe  
informacje,  
np. jak szybko może do  
Ciebie dotrzeć

**TAK, wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych medycznych, w tym informacji o stanie zdrowia oraz wszelkich innych istotnych informacji medycznych wyżej wymienionej osobie.** Rozumiem, że ta zgoda jest dobrowolna i mogę ją w każdej chwili odwołać, składając pisemne oświadczenie w placówce medycznej. Wyrażam również zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji niniejszej zgody zgodnie z polityką prywatności SiDLY oraz obowiązującymi przepisami prawa.



### Wywiad medyczny

Choroby:

- |   |   |                                |                                 |
|---|---|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                          | <input type="checkbox"/> Cukrzyca               | <input type="checkbox"/> Typ I | <input type="checkbox"/> Typ II |
| <input type="checkbox"/> Parkinson                          | <input type="checkbox"/> Astma oskrzelowa       |                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> Aparat słuchowy                    | <input type="checkbox"/> POChP                  |                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> Nadciśnienie tętnicze              | <input type="checkbox"/> Nadczynność tarczycy   |                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> Niewydolność krążenia              | <input type="checkbox"/> Niedoczynność tarczycy |                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> Wysoki poziom cholesterolu         | <input type="checkbox"/> Epilepsja              |                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> Migotanie przedsionków - UTRWALONE | <input type="checkbox"/> Zaburzenia dementywne  |                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> Migotanie przedsionków - NAPADOWE  |   |                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> Inna arytmia                       |   |                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> Przebyty zawał serca, rok _____    |   |                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> Przebyty udar mózgu, rok _____     |   |                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> Wszczepiony rozrusznik             |   |                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> Arytmia serca                      |   |                                |                                 |

Imię i nazwisko

**Inne choroby****Alergie (leki, pokarmy,  
inne czynniki)****Ocena samodzielności**

|                         |                                     |                                       |  |
|-------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Poruszanie się          | <input type="checkbox"/> bez pomocy | <input type="checkbox"/> z chodzikiem | <input type="checkbox"/> o lasce         |
|                         | <input type="checkbox"/> na wózku   | <input type="checkbox"/> osoba leżąca |  |
| Słuch                   | <input type="checkbox"/> dobry      | <input type="checkbox"/> niedosłuch   | <input type="checkbox"/> głuchota        |
| Wzrok                   | <input type="checkbox"/> dobry      | <input type="checkbox"/> niedowidzeni | <input type="checkbox"/> osoba niewidoma |
| Kontakt słowno-logiczny | <input type="checkbox"/> zachowany  | <input type="checkbox"/> zróżnicowany | <input type="checkbox"/> niezachowany    |

**Miejsce przechowywania  
dokumentacji medycznej****Miejsce przechowywania  
leków**

np. pierwsza szuflada w komodzie pod telewizorem w salonie

**Czy pacjent był zaszczepiony przeciw COVID-19?**

Tak  Nie

Data ostatniego szczepienia  
przeciw COVID-19

Czy pacjent przeżył COVID-19?

Tak  Nie

Imię i nazwisko



## Informacja o przyjmowanych na stałe lekach

### Na nadciśnienie:

- |                                     |  |                                      |  |                                      |
|-------------------------------------|--|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amlodipine | <input type="checkbox"/> Lorista         | <input type="checkbox"/> Prenessa    | <input type="checkbox"/> Diured            | <input type="checkbox"/> Spironol    |
| <input type="checkbox"/> Amlopin    | <input type="checkbox"/> Nebilenin       | <input type="checkbox"/> Prestarium  | <input type="checkbox"/> Diuresin          | <input type="checkbox"/> Tertensif   |
| <input type="checkbox"/> Amlozek    | <input type="checkbox"/> TelmizekNebilet | <input type="checkbox"/> Primacor    | <input type="checkbox"/> Diuver            | <input type="checkbox"/> Toramide    |
| <input type="checkbox"/> Axtil      | <input type="checkbox"/> Nedal           | <input type="checkbox"/> Tolucombi   | <input type="checkbox"/> Furosemid         | <input type="checkbox"/> Torsemed    |
| <input type="checkbox"/> Captopril  | <input type="checkbox"/> Noliprel        | <input type="checkbox"/> Tritace     | <input type="checkbox"/> Hydrochlorotiazyd | <input type="checkbox"/> Trifas      |
| <input type="checkbox"/> Lacipil    | <input type="checkbox"/> Perindopril     | <input type="checkbox"/> Valsacor    | <input type="checkbox"/> Indapen           | <input type="checkbox"/> Polsar      |
| <input type="checkbox"/> Lecalpin   | <input type="checkbox"/> Piramil         | <input type="checkbox"/> Vivace      | <input type="checkbox"/> Toluralndix       | <input type="checkbox"/> Telmisartan |
| <input type="checkbox"/> Lercan     | <input type="checkbox"/> Polpril         | <input type="checkbox"/> Co-Valsacor | <input type="checkbox"/> Nonpres           | <input type="checkbox"/> Telmix      |

### Na niewydolność krążenia:

- |                                       |                                   |                                   |                                   |                                    |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acard        | <input type="checkbox"/> Avedol   | <input type="checkbox"/> Concor   | <input type="checkbox"/> Plavix   | <input type="checkbox"/> Preductal |
| <input type="checkbox"/> Acenocumarol | <input type="checkbox"/> Bisocard | <input type="checkbox"/> Eliquis  | <input type="checkbox"/> Polocard | <input type="checkbox"/> Sintrom   |
| <input type="checkbox"/> Aspirin      | <input type="checkbox"/> Clexane  | <input type="checkbox"/> Neoparin | <input type="checkbox"/> Pradaxa  | <input type="checkbox"/> Xarelto   |

### Antyarytmiczne:

- |                                    |                                 |                                    |                                   |                                   |
|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amiodaron | <input type="checkbox"/> Beto   | <input type="checkbox"/> Bisoratio | <input type="checkbox"/> Digoxin  | <input type="checkbox"/> Polfenon |
| <input type="checkbox"/> Betaloc   | <input type="checkbox"/> Bibloc | <input type="checkbox"/> Cordarone | <input type="checkbox"/> Metocard | <input type="checkbox"/> Rytmnorm |

### Na cholesterol:

- |                                       |                                  |                                    |                                      |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apo-Simva    | <input type="checkbox"/> Berimal | <input type="checkbox"/> Simvacard | <input type="checkbox"/> Simvastatin | <input type="checkbox"/> Zahron  |
| <input type="checkbox"/> Atoris       | <input type="checkbox"/> Crestor | <input type="checkbox"/> Simvachol | <input type="checkbox"/> Simvasterol | <input type="checkbox"/> Zaranta |
| <input type="checkbox"/> Atorvasterol | <input type="checkbox"/> Romazic | <input type="checkbox"/> Simvagen  | <input type="checkbox"/> Tulip       | <input type="checkbox"/> Zocor   |
| <input type="checkbox"/> Atrox        | <input type="checkbox"/> Roswera |                                    |                                      |                                  |

### Neurologiczne:

- |                                   |                                     |                                    |                                    |                                   |
|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Betaserc | <input type="checkbox"/> Histigen   | <input type="checkbox"/> Nootropil | <input type="checkbox"/> Polvertic | <input type="checkbox"/> Vicebrol |
| <input type="checkbox"/> Cavinton | <input type="checkbox"/> Memotropil |                                    |                                    |                                   |

### Nasenne:

- |                                     |                                     |                                      |                                    |                                   |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Betaserc   | <input type="checkbox"/> Nootropil  | <input type="checkbox"/> Hydroxyzyna | <input type="checkbox"/> Olanzapin | <input type="checkbox"/> Trittico |
| <input type="checkbox"/> Cavinton   | <input type="checkbox"/> Polvertic  | <input type="checkbox"/> Ketrel      | <input type="checkbox"/> Onirex    | <input type="checkbox"/> Xanax    |
| <input type="checkbox"/> Histigen   | <input type="checkbox"/> Vicebrol   | <input type="checkbox"/> Nasen       | <input type="checkbox"/> Relanium  | <input type="checkbox"/> Zolpic   |
| <input type="checkbox"/> Memotropil | <input type="checkbox"/> Clonazepam |                                      |                                    |                                   |

### Przeciwbólowe:

- |                                   |   |                                   |  |   |
|-----------------------------------|---|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aglan    | <input type="checkbox"/> Doreta                     | <input type="checkbox"/> Mydokalm | <input type="checkbox"/> Opokan        | <input type="checkbox"/> Sirdalud         |
| <input type="checkbox"/> Apap     | <input type="checkbox"/> Efferalgan                 | <input type="checkbox"/> Naproxen | <input type="checkbox"/> Paracetamol   | <input type="checkbox"/> Tramal           |
| <input type="checkbox"/> Biofenac | <input type="checkbox"/> Fentanyl plastry           | <input type="checkbox"/> Nimesil  | <input type="checkbox"/> Poltram combo | <input type="checkbox"/> Transtec plastry |
| <input type="checkbox"/> Buscopan | <input type="checkbox"/> Melonyn Plastry            | <input type="checkbox"/> No-spa   | <input type="checkbox"/> Scopolan      | <input type="checkbox"/> Zaldiar          |
| <input type="checkbox"/> Despa    | <input type="checkbox"/> Ibuprofen/<br>Ibuprom/Ibum |                                   |  |   |

### Na cukrzycę

- |                                     |                                    |  |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diaprel    | <input type="checkbox"/> Jardiance | <input type="checkbox"/> Trajenta                    |
| <input type="checkbox"/> Formetic   | <input type="checkbox"/> Metformax | <input type="checkbox"/> Insulina "R" - dawka: _____ |
| <input type="checkbox"/> Glucophage | <input type="checkbox"/> Siforon   | <input type="checkbox"/> Insulina "N" - dawka: _____ |

Imię i nazwisko

**Na astmę/POChP:**

- Alvesco       Asmenol       Budezonid       Salbutamol       Ventolin  
 Asaris       Berodual       Monkasta       Ultibro

**Przeciwpadaczkowe:**

- Amizepin       Chrono       Madopar       Pregabalin       Relanium  
 Depakine       Egzysta

**Ośłonowe:**

- Controloc       Floradix       IPP       Nolpaza       Sanprobi  
 Dicoflor       Gasec       Mesopral       Ortanol       Trilac  
 Enterol       Helicid       Panprazol/ Panzol/  
 Prazol/Polprazo

**Mikroelementy, elektrolity:**

- Kaldyum/Kalipoz       Kwas foliowy       Neurovit       Wit. D3       Żelazo

**Na tarczycę:**

- Euthyrox  
 Letrox

**Inne:**

- Milurit  
 Vessel

**Wpisz pozostałe przyjmowane leki na receptę wraz z dawkowaniem i zalecaną porą przyjęcia**

| Lp. | Nazwa leku           | Dotyczy dolegliwości | Dodatkowe informacje |
|-----|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Czy osoba mieszka sama?**

- Tak       Nie

**Czy osoba objęta jest wsparciem w formie usług opiekuńczych?**

- Tak       Nie

**Czy osoba korzysta z aktywności np. Klubu Seniora, Dziennego Domu?**

- Tak       Nie

Imię i nazwisko



## Klauzula informacyjna dla Pacjenta

Niniejsza klauzula informacyjna wyjaśnia zasady, na których SiDLY przetwarza Pani/Pana dane osobowe w związku z zawarciem i wykonywaniem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych teleopieki.

|  |  |
|--|--|
| <p>Kto jest Administratorem Pani/Pana danych osobowych i jak się z nim skontaktować?</p> | <p>Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest SiDLY spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie (ul. Chmielna 2/31, 00-020 Warszawa), wpisana Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000519219, posiadającą numer NIP: 7010435677 oraz REGON: 147363415 (dalej także jako „Administrator” lub „SiDLY”).</p> <p>Może Pani/Pan skontaktować się z nami poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>e-mail: office@sidly.eu</li> <li>lub przysyłając korespondencję tradycyjną na adres Administratora: Al. Zjednoczenia 36, 01-830 Warszawa</li> </ul> <p>Administrator powołał także Inspektora Ochrony Danych z którym może Pani/Pan skontaktować się z poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>iod@sidly.org (e-mail)</li> <li>lub przysyłając korespondencję tradycyjną na adres Administratora: Al. Zjednoczenia 36, 01-830 Warszawa, z dopiskiem „IOD”.</li> </ul> <p>Inspektor Ochrony Danych: Paweł Chrząszcz</p>   |
| <p>W jakim celu i na jakiej podstawie przetwarzamy Pani/Pana dane?</p>                   | <p>Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>celu zawarcia i wykonania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym realizacja celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej, a także w celu rozpatrywania reklamacji, oświadczeń o odstąpieniu od umowy oraz skarg i wniosków związanych z umową - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b), c) oraz art. 9 ust. 2 lit h) RODO[1], w szczególności w związku z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,</li> <li>w celu ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą (np. gdy będzie konieczne udzielanie Pani/Panu niezwłocznej pomocy) (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. d oraz 9 ust. 2 lit. c RODO);</li> <li>prowadzenia, archiwizacji i udostępniania dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, w związku z art. 24 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;</li> <li>w celach związanych z koniecznością wypełnienia ciążącego na Administratorze obowiązku prawnego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności udokumentowania zawartej umowy i jej rozliczenia, w celach wynikających z przepisów podatkowych i o rachunkowości, w tym wystawiania zaświadczeń do celów podatkowych, prowadzenie ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. c) RODO);</li> <li>w celu świadczenia usług drogą elektroniczną za pośrednictwem platformy medycznej spółki SiDLY Sp. z o.o. oraz w celu rozpatrywania reklamacji i udzielania wsparcia w przypadku wystąpienia problemów z korzystaniem z dostępu do platformy medycznej spółki SiDLY Sp. z o.o. (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO);</li> <li>do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów Administratora danych w postaci prowadzenia marketingu własnych produktów lub usług Administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO);</li> <li>w celu wspierania wykonania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie zgody - art. 6. ust. 1 lit. a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) RODO (np. w przypadku zamieszczenia zdjęcia pacjenta w ramach platformy medycznej spółki SiDLY Sp. z o.o., lub podania w ich ramach innych danych opcjonalnych),</li> </ul> |

[1] Rozporządzenie 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).

Imię i nazwisko

|   |  |
|---|--|
| <p>W jakim celu i na jakiej podstawie przetwarzamy Pani/Pana dane?<br/><i>ciąg dalszy</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>w celach wynikających z prawnie uzasadnionych interesów Administratora, jakimi są: ustalenie, obrona i dochodzenie roszczeń, cele archiwalne i dowodowe na wypadek prawem usprawiedliwionej potrzeby lub obowiązku wykazania faktów (art. 6 ust. 1 lit. f RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. f RODO);</li> <li>w odniesieniu do nagrań rozmów telefonicznych - w celu oceny rozmów w zakresie ich przebiegu na wypadek wystąpienia sytuacji spornych (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. f) RODO).</li> </ul> <p>Administrator nie podejmuje wobec Twoich danych zautomatyzowanych decyzji, w tym w oparciu o profilowanie.</p>   |
| <p>Jak długo przetwarzamy dane ?</p>  | <p>Okres przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest uzależniony od celu w jakim dane są przetwarzane:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>w celu zawarcia i wykonania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym realizacja celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej, a także w celu rozpatrywania reklamacji, oświadczeń o odstąpieniu od umowy oraz skarg i wniosków związanych z umową - dane przechowywane są do czasu wykonania umowy, a po jej wykonaniu maksymalnie przez czas związany z wygaśnięciem roszczeń związanych z umową oraz przez czas zastrzeżony przepisami prawa, w szczególności przepisami ustawy o działalności leczniczej, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także przepisami podatkowymi oraz rachunkowymi,</li> <li>w celu ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą lub innej osoby fizycznej - dane przechowywane są do czasu wykonania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych,</li> <li>prowadzenia, archiwizacji i udostępniania dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze – przez okres wskazany w art. 29 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta tj. co do zasady przez okres 20 lat od końca roku kalendarzowego w którym dokonano ostatniego wpisu,</li> <li>w celu wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa podatkowego i rachunkowego Pani/Pana dane osobowe przechowujemy przez okres wynikający z przepisów prawa – w zależności od przedmiotu umowy, co do zasady okres ten wynosi 5 lat licząc od końca roku podatkowego którego dotyczy dokument zawierający dane osobowe,</li> <li>w celu świadczenia usług drogą elektroniczną za pośrednictwem platformy medycznej spółki SIDLY Sp. z o.o. oraz w celu rozpatrywania reklamacji i udzielania wsparcia w przypadku wystąpienia problemów z korzystaniem z dostępu do platformy medycznej spółki SIDLY Sp. z o.o., przez okres jej obowiązywania, a po ustaniu jej obowiązywania maksymalnie przez czas związany z wygaśnięciem roszczeń związanych z umową;</li> <li>w celu wspierania wykonania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie zgody – maksymalnie do czasu cofnięcia zgody;</li> <li>w celach archiwalnych i dowodowych na wypadek prawem usprawiedliwionej potrzeby lub obowiązku wykazania faktów – przez najdłuższy z okresów wskazanych powyżej – przy czym dane przetwarzane są wyłącznie w zakresie wymaganym dla realizacji celu,</li> <li>nagrania rozmów przechowywane są przez okres 3 (trzech) miesięcy od połączenia, a następnie podlegają zniszczeniu, z wyłączeniem nagrań mających za przedmiot zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie telefonicznej, w którym to przypadku nagrania przechowywane są przez okres wskazany w lit. a. W przypadku, w którym nagrania stanowią dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie prawa lub Administrator powziął wiadomość, iż mogą one stanowić dowód w postępowaniu, termin określony powyżej ulega przedłużeniu do czasu prawomocnego zakończenia postępowania.</li> </ul> |
| <p>Jakie kategorie danych przetwarzamy?</p>   | <p>Przetwarzamy Pani/Pana:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>w pierwszym kroku przetwarzamy Pani/Pana dane w celu zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem strony internetowej Administratora, punktów Administratora lub infolinii:             <ul style="list-style-type: none"> <li>(w przypadku gdy umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych jest zawierana przez Panią/Pana samodzielnie zakres Pani/Pana danych obejmuje: imię, nazwisko, adres zamieszkania, adres dostawy, nr telefonu, e-mail,</li> <li>w przypadku gdy umowa jest zawierana jest przez osobę trzecią w imieniu własnym, ale na Pani/Pana na rzecz zakres danych obejmuje Pani/Pana: imię, nazwisko, adres zamieszkania;</li> </ul> </li> <li>w drugim kroku przetwarzamy Pani/Pana dane w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, wówczas zakres danych wskazanych w lit. A. zostaje poszerzony o:             <ul style="list-style-type: none"> <li>datę urodzenia, płeć,</li> <li>PESEL,</li> <li>e-mail – jeżeli nie został uprzednio podany,</li> <li>numer telefonu – jeżeli nie został uprzednio podany,</li> <li>numer opaski,</li> <li>dane objęte kartą pacjenta;</li> <li>podpis;</li> </ul> </li> </ul>   |



Imię i nazwisko

|  |   |
|--|---|
| Jakie kategorie danych przetwarzamy?<br><i>ciąg dalszy</i>                                   | <p>które to dane podawane są za pośrednictwem platformy medycznej spółki SiDLY Sp. z o.o., ewentualnie w inny sposób ustalony przez Teleopieka Medyczna sp. z o.o. w przyszłości. Nadto, w związku z korzystaniem z opaski i w celu udzielania świadczeń zdrowotnych przetwarzamy dane zbierane przez opaskę tj.: dane o stanie opaski, liczbie kroków, czasie zdarzeń, ciśnieniu atmosferycznym, o pulsie, saturacji oraz o lokalizacji opaski.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Nadto:<ul style="list-style-type: none"><li>w przypadku połączeń głosowych z Administratorem przetwarzany będzie także głos, numer telefonu i dane podane w toku rozmowy w związku z nagrywaniem rozmów;</li><li>w przypadku reklamacji, oświadczeń o odstąpieniu od umowy oraz skarg i wniosków, przetwarzane będą dane podane w danym zgłoszeniu;</li><li>zakres danych przetwarzanych do celów marketingowych określany jest gdy prosimy Panią/Pana o zgodę na kontakt marketingowy lub zgodę na cookie marketingowe, ewentualnie w innych sytuacjach.</li></ul></li></ul>  |
| Skąd mamy Pani/Pana dane osobowe?  | <p>Pani/Pana dane osobowe otrzymujemy:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>bezpośrednio od Pani/Pana jeżeli samodzielnie zawiera Pani/Pan umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Administratorem;</li><li>od osoby trzeciej zawierającej umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w imieniu własnym, ale na Pani/Pana na rzecz.</li></ul>   |
| Komu i w jakich wypadkach udostępniamy dane?   | <p>Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione: służbom ratunkowym, wskazanym przez Panią/Pana osobom (np. osobom kontaktowym w przypadku zdarzenia zagrażającego życiu lub zdrowiu), bankom i operatorom płatności, podmiotom świadczącym a rzecz Administratora usługi IT, w szczególności świadczącym usługi dostawy i utrzymania oprogramowania, obsługującym lub udostępniającym Administratorowi systemy teleinformatyczne; świadczącym usługi hostingu, podmiotom realizującym na rzecz Administratora obsługę z zakresu ochrony danych osobowych i bezpieczeństwa systemów IT, podmiotom prowadzącym działalność pocztową lub kurierską, podmiotom świadczącym usługi prawne, podmiotom świadczącym usługi księgowo, firmom doradczym, podmiotom świadczącym usługi w ramach likwidacji szkód, z którymi współpracuje Administrator, pracownikom oraz współpracownikom Administratora oraz pracownikom oraz współpracownikom ww. podmiotów. Także organom i podmiotom upoważnionym do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa.</p>   |
| Czy dane przekazujemy poza EOG lub organizacji międzynarodowej?                              | <p>Dane nie są przekazywane poza EOG lub organizacji międzynarodowej, z wyłączeniem ewentualnych przypadków wskazanych w polityce/politykach prywatności stron internetowych Administratora związanych z korzystaniem z tych stron.</p>   |
| Jakie prawa przysługują Pani/Panu w związku z przetwarzaniem danych i jak z nich skorzystać? | <p>W zakresie i przypadkach określonych przepisami prawa, przysługują Pani/Panu następujące prawa:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem – jeżeli przetwarzanie realizowane jest w oparciu o zgodę;</li><li>prawo dostępu oraz prawo do otrzymania kopii swoich danych;</li><li>prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;</li><li>prawo do usunięcia swoich danych osobowych;</li><li>prawo do ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych;</li><li>prawo do przenoszenia swoich danych osobowych – jeżeli przetwarzanie realizowane jest w oparciu o zgodę lub w celu wykonania umowy;</li><li>prawo wniesienia sprzeciwu:<ul style="list-style-type: none"><li>wobec przetwarzania danych osobowych do celów marketingowych, jeżeli prawnie uzasadniony interes Administratora wynika z wyrażenia zgody na kontakt marketingowy określonym kanałem lub kanałami marketingowymi, Administrator uzna także, że doszło do cofnięcia zgody na kontakt wybranym kanałem lub kanałami marketingowymi, chyba że z treść sprzeciwu wskazywać będzie inaczej,</li><li>wobec przetwarzania danych osobowych, gdy przetwarzanie jest niezbędne do pozostałych celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora; w takim przypadku Administrator zaprzestanie przetwarzania danych do tych celów chyba, że istnieją ważne prawnie uzasadnione podstawy do ich przetwarzania, nadrzędne wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub przetwarzanie jest niezbędne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.</li></ul></li></ul> <p>W celu realizacji praw prosimy o kontakt zgodnie z danymi podanymi w pierwszym wierszu niniejszej informacji. Przysługuje Panu/Pani również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.</p> |

Imię i nazwisko

Wymóg/dobrowolność podania danych

Podanie danych osobowych jest niezbędne dla zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz jej wykonywania. Podanie danych oznaczonych jako opcjonalne np. zdjęcia pacjenta jest dobrowolne. Przetwarzanie danych w celach marketingowych następuje wyłącznie jeżeli wyrazi Pani/Pan zgodę na kontakt marketingowy wybranym kanałem lub zgodę na tzw. cookies marketingowe. Przetwarzanie danych w ramach połączeń głosowych następuje wyłącznie w przypadku nawiązania połączenia, jest dobrowolne, ale niezbędne dla przeprowadzenia rozmowy w formie połączenia głosowego.

Data

Podpis



## Zgody Pacjenta

Abyśmy mogli informować Cię o aktualnościach oraz naszych usługach i produktach, z których możesz skorzystać, potrzebujemy Twojej zgody. Prosimy wybrać, w jaki sposób chciałbyś otrzymywać od nas informacje. Możesz wybrać dowolną formę komunikacji (jedną, dwie bądź wszystkie). Proszę pamiętać, że zgody są dobrowolne

**Wyrażam zgodę** na otrzymywanie Informacji handlowych od SiDLY Sp. z o.o. w celach marketingowych dotyczących własnych towarów i usług na podane przeze mnie dane kontaktowe:

- za pośrednictwem poczty elektronicznej:      **zgoda**       **brak zgody**
- za pośrednictwem SMS/MMS:      **zgoda**       **brak zgody**
- za pośrednictwem połączenia telefonicznego:      **zgoda**       **brak zgody**

Data

Podpis

Pamiętaj, że:

- Zgody, których udzieliłeś powyżej, są dobrowolne i ważne do czasu ich odwołania.
- Każdą z udzielonych zgód możesz wycofać w dowolnym momencie. Wycofanie przez Ciebie zgód nie ma wpływu na ważność przetwarzania Twoich danych w celu objętym zgodą, którego dokonano przed jej wycofaniem.
- W zakresie udzielonej przez Ciebie zgody, będziemy mogli przekazywać ci informacje marketingowe i handlowe, w zakres których wchodzi wszelkie formy reklam, promocji i konkursów, a także oferty handlowe lub propozycje nabycia. SiDLY Sp. z o.o. ma prawo do używania automatycznego systemu przekazywania informacji. Pamiętaj, że możesz zarządzać swoimi zgodami. W tym celu możesz złożyć stosowne oświadczenie telefonując na naszą infolinię lub składając pisemne oświadczenie pocztą, pocztą e-mail lub bezpośrednio w naszej siedzibie.

Imię i nazwisko



**W tym polu wpisz wszelkie dodatkowe informacje, które mogą okazać się pomocne w świadczeniu usługi teleopieki**



### Oświadczenie

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą oraz stanowią pełną informację o moim stanie zdrowia.

Data

Podpis

**Dziękujemy za wypełnienie formularza**

## Witamy Cię w gronie użytkowników teleopieki SiDLY!

Jeśli masz pytania dotyczące działania opaski lub naszej usługi, skontaktuj się z naszą infolinią. Jesteśmy do Twojej dyspozycji w dni robocze w g. 9.00-17.00.

**+48 222 437 737**

**helpdesk@sidly.org**