Prohlášení klienta

Já, níže podepsaný/á klient

pan/paní jméno a příjmení: ………………………………………….... rodné číslo: ………………..………….

bydliště: …………………...………..……………………………..kód zdravotní pojišťovny: ..………………... kontaktní údaje / telefon: ……………...…………………email: ……………………………………………….

tímto v Praze dne …………………………...… v provozovně Barna Medical s.r.o., Pod Krejcárkem 975/2, činím ZA SEBE\* nebo jako ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE SVÉHO NEZLETILÉHO DÍTĚTE\*:

jméno, příjmení dítěte: ………………………………………………………………… rodné číslo: ……………………………., kód zdravotní pojišťovny: ……………….. bydliště: ...…………………………………………………………………………….....

tato níže uvedená prohlášení:

PROHLAŠUJI\*, že mám zájem o poskytování služeb Barna Medical s.r.o., se sídlem Hlavní 290, 252 26 Třebotov, IČO: 27207706, zapsaná v obchodním rejstříku pod sp. zn. C 104508 vedeném u Městského soudu v Praze (dále jen „*Poskytovatel*“) v souladu s Všeobecnými obchodními podmínkami Poskytovatele (dále jen „*VOP*“), se kterými jsem byl seznámen před podpisem tohoto prohlášení;

PROHLAŠUJI\*, že jsem měl možnost si VOP přečíst, že jsem jim porozuměl a byl jsem rovněž informován, že jsou zpřístupněny na recepci provozovny Poskytovatele na adrese Pod Krejcárkem 975/2, Praha 3

– Žižkov, vstup A/B (dále jen „*provozovna*“) a také na stránkách https://www.barnamedical.cz/ (dále jen „*web*“) a beru na vědomí, že Poskytovatel je oprávněn VOP aktualizovat za podmínek tam popsaných;

POŽADUJI\* poskytování péče v komplexním rozsahu (dále jen „*Komplexní péče*“) ve stanovených kombinacích zdravotních služeb hrazených a nehrazených z veřejného zdravotního pojištění dle aktuálního Ceníku komplexní péče (dále jen „*Ceník komplexní péče*“). Součástí Komplexní péče může být dle mého požadavku a/nebo s mým souhlasem terapie prováděná pracovníkem Poskytovatele, jejíž součástí jsou výkony (včetně spotřebovaného materiálu) a služby nehrazené z veřejného zdravotního pojištění zpoplatněné dle Ceníku komplexní péče, který mi byl předložen před podpisem tohoto prohlášení a se kterým jsem měl možnost se seznámit a přečíst jej; Ceník komplexní péče je zpřístupněn na recepci provozovny a na webu https://www.barnamedical.cz/cenik a Poskytovatel má právo jej aktualizovat dle VOP;

BYL JSEM POUČEN\*, že mohu Komplexní péči kdykoli odmítnout, a to nejpozději do doby před každým započetím mnou požadovaného konkrétního výkonu nebo služby; odmítne-li klient poskytování Komplexní péče, bude mu poskytnuta v provozovně základní péče v rozsahu daném odborností Poskytovatele, jeho kapacitou a právními předpisy upravujícími zdravotní služby a jejich úhrady z veřejného zdravotního pojištění;

BYL JSEM POUČEN\*, že Poskytovatel jako správce osobních údajů zpracovává moje osobní údaje za účelem poskytování zdravotních služeb a jmenoval pověřence pro ochranu osobních údajů, na kterého se mohu obrátit ve věci ochrany osobních údajů na email [dpo@barnamedical.cz,](mailto:dpo@barnamedical.cz) též jsem byl poučen o obsahu dokumentu „Informace o zpracování osobních údajů“ dostupného na webu a na recepci provozovny; beru na vědomí svá práva: právo požadovat přístup ke svým osobním údajům, jejich opravu nebo výmaz (je-li možný s ohledem na plnění zákonných či smluvních povinností), popřípadě omezení zpracování, a vznést námitku proti zpracování, mám právo na přenositelnost těchto údajů, jakož i právo podat stížnost u Úřadu pro ochranu osobních údajů;

…..…………………………... podpis klienta

DÁLE PROHLAŠUJI OHLEDNĚ SVÉHO ZDRAVOTNÍHO STAVU A INFORMOVÁNÍ O NĚM, ŽE:

* NEMÁM \* vážné zdravotní komplikace, které by mohly ohrozit mě při poskytování zdravotních služeb, např. přítomnost kardiostimulátoru nebo kovových implantátů v těle, defibrilátorů, závažná operace nebo onemocnění apod. Beru na vědomí, že v případě VÁŽNÉ ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE jsem povinen vždy informovat o ní ošetřujícího lékaře Poskytovatele. Přítomnost kovových implantátů nebo kardiostimulátoru nebo defibrilátoru v mém těle může vážně ohrozit mé zdraví při poskytování služeb. Má-li klient vážné zdravotní komplikace škrtne „Nemám“ a upřesní: …………………………………
* NEVZDÁVÁM SE \* svého práva na informace od Poskytovatele o mém zdravotním stavu dle § 32 z. č. 372/2011 Sbi., o zdravotních službách;

Chce-li se klient vzdát svého práva na informace o svém zdravotním stavu škrtne „Nevzdávám se“ a dále vyplní jiný samostatný formulář „Vzdání se práva na informace o zdravotním stavu“.

* SOUHLASÍM ANO / NE \*

se zasíláním informací o mém zdravotním stavu prostřednictvím elektronického kanálu na moji kontaktní emailovou adresu nebo telefon; Poskytovatel mne poučil, že v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb obsahují takové informace např. lékařské zprávy, laboratorní výsledky a další výstupy s mými údaji spadajícími do zvláštních kategorií osobních údajů dle GDPR. Byl jsem poučen, že správce zajišťuje veškerá dostupná opatření k ochraně a zabezpečení osobních údajů, nicméně nejbezpečnější cesta je obecně vždy osobní předání informací. Souhlas je možné kdykoliv odvolat. Více informací o zpracování je dostupných v Informaci o zpracování osobních údajů na webu.

* ZAKAZUJI\* podávání informací o mém zdravotním stavu jiným osobámii; Chce-li klient umožnit poskytování informací o svém zdravotním stavu jiným osobám, škrtne „Zakazuji“ a upřesní komu je možné informace poskytnout a v jakém rozsahu na samostatném formuláři „Poskytování informací o zdravotním stavu jiným osobám“.

…..………………….. podpis klienta pro část prohlášení ohledně zdravotního stavu a informací o něm

ODDĚLENÁ ČÁST PROHLÁŠENÍ KLIENTA: ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Já, klient, svým podpisem níže prohlašuji, že beru na vědomí, že Poskytovatel bude zpracovávat mé osobní údaje v rozsahu: jméno, příjmení, email, telefonní číslo, adresa, rodné číslo, údaje o zdravotní pojišťovně, komunikace s klientem týkající se poskytovaných služeb; a to za účelem jejich evidence a zabezpečení jejich řádného poskytování služeb. Více informací včetně mých práv a poučení jak je uplatnit je dostupných v Informaci o zpracování osobních údajů dostupných na recepci a na webu.

Podpis:.…………………… Svým podpisem klient prohlašuje, že poskytnutým informacím rozumí

a bere je na vědomí.

Poučení provedl a podpisu prohlášení klienta byl přítomen pověřený zaměstnanec Poskytovatele:

jméno, příjmení (otisk razítka): …...………………………. podpis zaměstnance ………………………………..

1. § 32 odst. 1) zákona o zdravotních službách: Pacient se může vzdát podání informace o svém zdravotním stavu, popřípadě může určit, které osobě má být podána. Záznam o vzdání se podání informace o zdravotním stavu a určení osoby, které má být informace o zdravotním stavu podána, je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient a zdravotnický pracovník. K vzdání se podání informace o zdravotním stavu se nepřihlíží, jde-li o informaci, že pacient trpí infekční nemocí nebo jinou nemocí, v souvislosti s níž může ohrozit zdraví nebo život jiných osob.
2. Zákaz se nepoužije na podávání informací, popřípadě na sdělování údajů, které mohou být sděleny bez souhlasu pacienta podle z. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách nebo jiných právních předpisů. Klient může určit osoby nebo vyslovit zákaz poskytovat informace o zdravotním stavu kterékoliv osobě kdykoliv po přijetí do péče, rovněž může určení osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o zdravotním stavu kdykoliv odvolat.