

**KARTA INFORMACYJNA PODOPIECZNEGO  
(Teleopieka Domowa)**

**(PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI)**

Imię i nazwisko Podopiecznego: .....

Numer PESEL/data urodzenia: .....

Numer i seria dowodu osobistego: .....

**Osoby do kontaktu**

Nazwisko imię/adres	Pokrewieństwo (także sąsiad)	Telefony (dom, praca, komórka)	Klucz (tak/nie)	Inne: dostępność, czas dojazdu, e-mail etc.
		Telefon 1: Telefon 2:		
		Telefon 1: Telefon 2:		
		Telefon 1: Telefon 2:		
		Telefon 1: Telefon 2:		
		Telefon 1: Telefon 2:		

**Miejsce instalacji urządzenia do teleopieki:**

ulica .....; nr domu .....;  
nr lokalu.....

miasto .....; kod pocztowy: ..... - .....

**numer telefonu stacjonarnego (.....).....**

**numer telefonu komórkowego.....**

piętro:.....



**Opis budynku** (kod domofonu, winda, metraż, ogród, balkon/taras, garaż, etc.)

.....  
.....  
.....

**Droga dojazdowa**

.....  
.....  
.....

**Najbliższa stacja pogotowia ratunkowego (miejsowość) oraz numer telefonu**

1. ....  
.....
2. ....  
.....

**Nocna i świąteczna opieka zdrowotna – adres oraz telefon**

.....  
.....  
.....

**Adres/numer telefonu przychodni rejonowej zdrowia**

.....  
.....

**Imię i nazwisko oraz numer telefonu do lekarza rodzinnego**

.....  
.....

**Imię i nazwisko oraz numer telefonu do „opiekuna”**

.....  
.....

**Stan zdrowia:**

wzrost .....cm; waga.....kg; grupa krwi .....

słabo słyszy: TAK/NIE;

zdarzają się upadki i omdlenia: TAK/NIE

osteoporoza: TAK/NIE

stwardnienie rozsiane: TAK/NIE

niedowład: TAK/NIE, czego:.....

kłopoty z oddychaniem, astma: TAK/NIE

stan poudarowy: TAK/NIE

niewydolność serca: TAK/NIE

zaburzenia rytmu serca: TAK/NIE



rozrusznik: TAK/NIE

stan pozawałowy: TAK/NIE

nadciśnienie: TAK/NIE

cukrzyca: TAK/NIE

parkinson: TAK/NIE

alzheimer: TAK/NIE

epilepsja: TAK/NIE

kłopoty z pamięcią: TAK/NIE

**\*niepotrzebne skreślić**

**Inne choroby i przebyte operacje:**

.....  
.....  
.....

**Nietolerancja, uczulenie na leki – wymieni**

.....  
.....  
.....

**Stale zażywane leki oraz miejsce ich przechowywania (w tym insulina)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Pudełko/koperta życia**     tak     nie    gdzie.....

**Czy numer na którym jest świadczona usługa jest zastrzeżony (warunek konieczny): TAK/NIE\***

**Niniejszym dokumentem Podopieczny wyraża zgodę na objęcie go usługą Teleopieki Domowej w miejscu zamieszkania.**

Niniejszym dokumentem Podopieczny całkowicie zwalnia z odpowiedzialności PCO za wszelkie szkody powstałe przy próbie siłowego dostania się do mieszkania podopiecznego przez służby ratunkowe w wypadku użycia przycisku alarmowego teleopieki.

W przypadku nieuzasadnionego alarmu, odpowiedzialność wobec służb ratunkowych ponosi Podopieczny.

Przypadkowe wzbudzenie alarmu przez podopiecznego o ile nie będzie to skutkowało koniecznością zawiadomienia przez Centrum Alarmowe służb ratowniczych oraz osób z listy kontaktowej, nie będzie powodowało obciążenia podopiecznego dodatkowymi kosztami za nieuzasadnione wszczęcie przez niego alarmu.



### Przetwarzanie danych osobowych

1. Podopieczny podpisując Kartę Informacyjną (KI) wyraża zgodę na przetwarzanie przez PCO danych osobowych, które podane zostały przez Podopiecznego w Karcie Informacyjnej, zgodnie z odpowiednimi zapisami w Regulaminie świadczenia usługi Teleopieki, w zakresie niezbędnym do realizacji usługi Teleopieki Domowej.
2. Podopieczny podpisując KI wyraża także zgodę na przetwarzanie przez PCO danych dotyczących jego stanu zdrowia, w tym w szczególności: wzrostu, wagi, grupy krwi, przebytych chorób, aktualnych chorób, chorób przewlekłych, uczuleń na leki, leków, które stale zażywa oraz miejsca, gdzie są przechowywane oraz innych danych dotyczących tej sfery życia Klienta, które mogą mieć znaczenie z punktu widzenia PCO przy wykonywaniu usługi.
3. Podopieczny oświadcza, że osoby wskazane do kontaktu w Karcie Informacyjnej, zostały przez niego poinformowane zgodnie z treścią Załącznika nr 1 o zasadach przetwarzania ich danych osobowych.
4. Podopieczny oświadcza, że został poinformowany o tym, że:
  - a) administratorem jego danych osobowych jest Polskie Centrum Opieki Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Gdyni (81 – 969), przy ul. Janka Wiśniewskiego 20;
  - b) w Polskim Centrum Opieki Sp. z o.o. powołany został Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować telefonicznie pod numerem telefonu: 58 669 80 27 lub poprzez przesłanie korespondencji na adres: [iod@centrum-opieki.pl](mailto:iod@centrum-opieki.pl);
  - c) dane osobowe Podopiecznego przetwarzane będą w celu wykonania usługi teleopieki na jego rzecz na podstawie wyrażonej przez niego zgody;
  - d) odbiorcami danych Podopiecznego będą podmioty współpracujące z administratorem danych w celu wykonania usługi i wyraża zgodę na ich przetwarzanie przez te podmioty;
  - e) dane osobowe będą przetwarzane do czasu zakończenia świadczenia usługi Teleopieki;
  - f) po zakończeniu przetwarzania danych osobowych w pierwotnym celu, dane będą przetwarzane przez czas wynikający z ogólnie obowiązujących przepisów prawa, a zwłaszcza do czasu upływu terminu przedawnienia ewentualnych roszczeń wynikających z umowy i w związku z realizacją obowiązku archiwizacyjnego;
  - g) przysługuje mu prawo do dostępu do swoich danych osobowych, przenoszenia, do ich poprawiania, żądania ich usunięcia lub wniesienia sprzeciwu z powodu swojej szczególnej sytuacji.
  - h) jeżeli uzna, że dane osobowe będą przetwarzane niezgodnie z wymogami prawa przysługuje mu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
5. Podopieczny oświadcza, że dane osobowe podał dobrowolnie w celu zapewnienia wykonania usługi przez administratora danych oraz podmioty z nim współpracujące w wykonaniu usługi.

-----  
*Miejscowość, dnia*

-----  
*Podpis Podopiecznego*

**\*niepotrzebne skreślić**

Do Karty Informacyjnej należy dołączyć poniższy załącznik podpisany przez każdą z osób podanych w części „Osoby do kontaktu“