

VYKONANIE VYŠETRENIA MR – CT NA VLASTNÚ ŽIADOSŤ PACIENTA

TÝMTO ŽIADAM O VYKONANIE VYŠETRENIA MR – CT /*/

/ aký orgán má byť vyšetrený /

Súhlasím, že za vyšetrenie uhradím cenu v zmysle platného cenníka poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým som sa pred podpisom tejto žiadosti oboznámil

Dôvod priamej platby

Meno a priezvisko

Dátum vyšetrenia

Podpis pacienta

Popis zdravotných ťažkostí v súvislosti s požadovaným vyšetrením :

.....

.....

.....

/*/ nehodiace sa škrtnite

Informácia o spracúvaní osobných údajov a potvrdenie o oboznámení

Prevádzkovateľ spracúva osobné údaje uvedené v tomto formulári, vrátane údajov o zdravotnom stave a obrazovej dokumentácie, na účely posúdenia vhodnosti a bezpečnosti **MR/CT** vyšetrenia, poskytnutia zdravotnej starostlivosti, vedenia zdravotnej dokumentácie, administratívneho zabezpečenia zdravotnej starostlivosti a plnenia povinností podľa osobitných právnych predpisov.

Spracúvané osobné údaje zahŕňajú najmä identifikačné a kontaktné údaje pacienta, údaje uvedené v dotazníku pred **MR/CT** vyšetrením, údaje o zdravotnom stave, kontraindikáciách, implantátoch, alergiách, tehotenstve, predchádzajúcich výkonoch a ďalšie údaje nevyhnutné na bezpečné vykonanie vyšetrenia a poskytnutie zdravotnej starostlivosti.

Právnym základom spracúvania osobných údajov je plnenie zákonnej povinnosti prevádzkovateľa a spracúvanie nevyhnutné na účely preventívnej medicíny, lekárskej diagnostiky, poskytovania zdravotnej starostlivosti, liečby a vedenia zdravotnej dokumentácie podľa Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 a príslušných právnych predpisov Slovenskej republiky. Spracúvanie údajov o zdravotnom stave sa preto nevykonáva na základe všeobecného súhlasu pacienta so spracúvaním osobných údajov.

Poskytnutie osobných údajov v rozsahu potrebnom na bezpečné vykonanie **MR/CT** vyšetrenia a poskytnutie zdravotnej starostlivosti je nevyhnutné. Neposkytnutie požadovaných údajov môže mať za následok nemožnosť riadne posúdiť kontraindikácie, zabezpečiť bezpečnosť výkonu alebo poskytnúť zdravotnú starostlivosť v požadovanom rozsahu.

Osobné údaje môžu byť sprístupnené oprávneným zdravotníckym pracovníkom, zdravotným poisťovniam, orgánom verejnej moci, ak to vyplýva z právnych predpisov, a sprostredkovateľom, ktorí v mene prevádzkovateľa zabezpečujú najmä IT, servisné, archivačné alebo administratívne služby.

Osobné údaje budú uchovávané po dobu ustanovenú osobitnými právnymi predpismi a internými registračnými a retenčnými pravidlami prevádzkovateľa.

Dotknutá osoba má právo požadovať prístup k svojim osobným údajom, právo na opravu nepresných alebo neúplných údajov, právo na obmedzenie spracúvania v prípadoch ustanovených právnymi predpismi, právo namietat' proti spracúvaniu, ak je na to právny dôvod, a právo podať sťažnosť dozornému orgánu, ktorým je Úrad na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky.

Podrobné identifikačné a kontaktné údaje prevádzkovateľa, prípadne zodpovednej osoby, sú uvedené v plnej informácii o spracúvaní osobných údajov dostupnej u prevádzkovateľa.

Potvrdenie o oboznámení

Ja, dolupodpísaný pacient alebo zákonný zástupca, potvrdzujem, že som bol alebo bola pred podpisom tohto formulára oboznámený alebo oboznámená s informáciou o spracúvaní osobných údajov v súvislosti s **MR/CT** vyšetrením.

Potvrdzujem, že som mal alebo mala možnosť oboznámiť sa s obsahom tejto informácie a klásť otázky.

Meno a priezvisko pacienta:	
Dátum narodenia:	
Meno a priezvisko zákonného zástupcu (ak je relevantné):	
Dátum:	
Podpis pacienta / zákonného zástupcu:	