



**C2. Opis budynku i posesji** (kod domofonu, winda, balkon/taras, furtka, brama, szlaban na wjeździe etc.)

(informację dotyczącą pkt. C2 wypełnia Podopieczny i/lub osoba upoważniona do występowania w imieniu Podopiecznego)

**C3. Poziom w budynku / piętro**

(informację dotyczącą pkt. C3 wypełnia Podopieczny i/lub osoba upoważniona do występowania w imieniu Podopiecznego)

**C4. Droga dojazdowa** (wypełnić tylko w przypadku skomplikowanego, specjalnego dojazdu)

(informację dotyczącą pkt. C4 wypełnia Podopieczny i/lub osoba upoważniona do występowania w imieniu Podopiecznego)

**D1. POZ Rejonowa Przychodnia Zdrowia** (podać dane kontaktowe)

(informację dotyczącą pkt. D1 wypełnia Podopieczny i/lub osoba upoważniona do występowania w imieniu Podopiecznego)

numer telefonu kontaktowego

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

**D2. Lekarz rodzinny - podać dane kontaktowe** (imię i nazwisko, numery telefonów)

(informację dotyczącą pkt. D2 wypełnia Podopieczny i/lub osoba upoważniona do występowania w imieniu Podopiecznego)

**E1. Stan zdrowia**

(informację dotyczącą pkt. E1 wypełnia Podopieczny i/lub osoba upoważniona do występowania w imieniu Podopiecznego)

Wzrost (cm)

Waga (kg)

Problemy z poruszaniem się / osoba leżąca

TAK

NIE

Słabo słyszy

TAK

NIE

Choroby wzroku, niedowidzenie

TAK

NIE

jeśli TAK, to jakie:

Zdarzają się upadki i omdlenia

TAK

NIE

Osteoporoza

TAK

NIE

Stwardnienie rozsiane

TAK

NIE

Niedowład

TAK

NIE

jeśli TAK, to czego:

Kłopoty z oddychaniem, astma

TAK

NIE

Stan poudarowy

TAK

NIE

Choroby układu krążenia

TAK

NIE

jeśli TAK, to jakie:

Wzór formularza: 1.11/04/2024/PCO

Data aktualizacji: 11.04.2024

Zaburzenia rytmu serca	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	
Rozrusznik serca	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	
Choroba wieńcowa	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	
Nadciśnienie	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	
Cukrzyca	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	jeśli TAK, to jaki typ: _____
Problemy z pamięcią	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	
Choroba Parkinsona	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	
Choroba Alzheimerera	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	
Epilepsja	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	
Nowotwór	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	jeśli TAK, to jaki: _____
Inne choroby, operacje	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	jeśli TAK, to jakie: _____
_____					
_____					

**E2. Nietolerancja / uczulenia na leki** (podać nazwy leków)*(informację dotyczącą pkt. E2 wypełnia Podopieczny i/lub osoba upoważniona do występowania w imieniu Podopiecznego)***E3. Zalecane i/lub przepisane przez lekarza na stałe zażywane leki** (podać nazwy leków)*(informację dotyczącą pkt. E3 wypełnia Podopieczny i/lub osoba upoważniona do występowania w imieniu Podopiecznego)***E4. Miejsce przechowywania leków** (w tym insulina)*(informację dotyczącą pkt. E4 wypełnia Podopieczny i/lub osoba upoważniona do występowania w imieniu Podopiecznego)*

Pudełko / koperta życia      TAK       NIE       jeśli TAK, to gdzie: \_\_\_\_\_

## F1. Oświadczenia Podopiecznego

Podopieczny oświadcza, że powyższe dane są prawdziwe i kompletne.

Niniejszym dokumentem Podopieczny wyraża zgodę na objęcie go usługą Teleopieki Domowej w miejscu zamieszkania. Dotyczy urządzeń abonenckich I generacji bez geolokalizacji.

Niniejszym dokumentem Podopieczny wyraża zgodę na objęcie go usługą Teleopieki Mobilnej w miejscu zamieszkania jak i poza nim (Geolokalizacja / Geofencing). Dotyczy urządzeń abonenckich z wbudowaną funkcją geolokalizacji GPS, A-GPS, LBS, WI-FI lub inna.

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.

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

W przypadku nieuzasadnionego alarmu, odpowiedzialność wobec służb ratunkowych ponosi Podopieczny i wynikające z tego konsekwencje.

## F2. Przetwarzanie danych osobowych

1. Podopieczny podpisując Kartę Informacyjną Podopiecznego (KIP) wyraża zgodę na przetwarzanie przez podmioty tworzące system Teleopieki PCO danych osobowych, które podane zostały przez Podopiecznego w Karcie Informacyjnej, zgodnie z odpowiednimi zapisami w Regulaminie świadczenia usługi, w zakresie niezbędnym do realizacji usługi Teleopieki Domowej i Mobilnej.

2. Podopieczny podpisując Kartę Informacyjną Podopiecznego (KIP) wyraża także zgodę na przetwarzanie przez podmioty tworzące system Teleopieki 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 na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 RODO został poinformowany o tym, że:

a) administratorem jego danych osobowych jest Polskie Centrum Opieki Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Gdyni (81 – 336), przy ul. Indyjska 13 p.315;

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 (art. 6 ust. 1 lit. a RODO);

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 oraz prawo do cofnięcia wyrażonej zgody, w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed jej cofnięciem;

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, data

Czytelny podpis Podopiecznego (Imię i Nazwisko) lub osoby upoważnionej do występowania w imieniu Podopiecznego

**--- egzemplarz dla "Osoby do kontaktu" ---**

**Załącznik nr 1 do Karty Informacyjnej Podopiecznego**

***UWAGA! Poniższy załącznik jest przeznaczony dla osoby do kontaktu jako potwierdzenie przekazania danych osobowych do operatora Polskie Centrum Opieki Spółka z o.o. z siedzibą w Gdyni***

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (RODO) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Centrum Opieki Sp. z o.o. z siedzibą w Gdyni (81-336), ul. Indyjska 13 p. 315, zwana dalej Spółką;
2. 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);
3. Spółka pozyskała Pani/Pana dane osobowe od:

<b>Imię i Nazwisko Podopiecznego</b>	

4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji usługi Teleopieki na rzecz osoby wymienionej w punkcie 3 powyżej przez podmioty tworzące system Teleopieki PCO, na podstawie wyrażonej przez Panią / Pana zgody (art. 6 ust. 1 RODO);
5. Pani / Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu zakończenia świadczenia usługi Teleopieki na rzecz Podopiecznego wymienionego w punkcie 3 niniejszego załącznika;
6. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia wyrażonej zgody, w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed jej cofnięciem; jednocześnie informuję, że konsekwencją cofnięcia zgody może być niemożność realizacji usługi teleopieki na rzecz Podopiecznego wymienionego w punkcie 3 niniejszego załącznika;
7. Jako administrator Państwa danych, zapewniamy prawo dostępu do Pani / Pana danych, ma Pani / Pan również prawo je sprostować, żądać ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.  
Może Pani / Pan także skorzystać z uprawnienia do złożenia wobec Administratora sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych.  
Informujemy także, że przysługuje Pani / Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych;

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na opisanych wyżej zasadach:

*Miejscowość, data*

*Czytelny podpis osoby do kontaktu  
(Imię i Nazwisko)*

