

**DOTAZNÍK BEZPEČNOSTI A INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA S VYKONANÍM
VYŠETRENIA MAGNETICKOU REZONANCIOU A SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV**



MRI Point s.r.o., Demänovská Dolina, 031 01, Demänovská Dolina

Titul, Meno a Priezvisko:

Adresa bydliska:

Dátum narodenia:

Rodné číslo:

OBLASŤ, ktorá má byť vyšetrená:

Prosím **ZAKRÚŽKUJTE**, či sú vo Vašom tele nasledujúce kovové časti:

Kardiostimulátor	MÁM	NEMÁM
Kovové svorky po operácii mozgu, ciev	MÁM	NEMÁM
Kovové kĺbne náhrady, kovové dlahy	MÁM	NEMÁM
Umelé Srdcové chlopne	MÁM	NEMÁM
Kochleárny implantát	MÁM	NEMÁM
Kovové črepiny v oku alebo inde v tele	MÁM	NEMÁM
Iné (Zubné implantáty, tetovanie...uvedte prosím, čo máte a kde v tele)		

Pokiaľ ste označili pri niektorej možnosti ÁNO, alebo ste tehotná, ihneď na túto skutočnosť UPOZORNITE personál magnetickej rezonancie!

Kovové časti môžu spôsobiť úraz alebo poškodenie prístroja, preto Vás prosíme aby ste si pred vstupom do vyšetrovne v kabínke odložili: hodinky, kľúče, obuv, oblečenie s kovovými časťami, načúvacie prístroje, okuliare, kontaktné šošovky, zubné protézy, bankomatové karty s magnetickým prúžkom, mobilné telefóny a pod.

Vyšetrenie magnetickej rezonanciou prebieha v niekoľkých sériách. Celé vyšetrenie trvá od 40-50 minút, v závislosti od vyšetrovanej oblasti. Vyšetrenie je bezbolestné. V priebehu vyšetrenia budete počuť klepanie a pípanie, ktoré patrí k vyšetreniu. Je nutné ležať kľudne a nehýbať sa. Každý pohyb vedie k znehodnoteniu vyšetrenia.

Svojím podpisom potvrdzujem, že som si dotazník bezpečnosti pred vyšetrením magnetickej rezonanciou prečítal/a a poučení rozumel/a. Čestne prehlasujem, že žiadam o vyšetrenie magnetickej rezonanciou mimo verejného zdravotného poistenia na vlastné náklady, na vlastnú žiadosť a bol som oboznámený s cenou vyšetrenia.

Písomná žiadosť pacienta o poskytnutie výpisu zo zdravotnej dokumentácie

Týmto žiadam spoločnosť MRI Point s.r.o. so sídlom Demänovská Dolina 9, 031 01 Liptovský Mikuláš ako poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o poskytnutie výpisu z mojej zdravotnej dokumentácie v súlade s § 24 z. č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších právnych predpisov, najmä v súvislosti so stavom a vývojom môjho zdravotného stavu a v súvislosti s údajmi potrebnými na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

V Demänovskej Doline, dňa: _____

Podpis pacienta: _____

Súhlas so spracovaním osobných údajov pacienta

Titul:

Meno:

Priezvisko:

Adresa bydliska:

Iná dodacia adresa:

E-mailový kontakt:

Telefónne číslo:

Podpisom tohto vyhlásenia potvrdzujem, že:

V súlade s v súlade s Čl. 7 Nariadenia EP a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov (ďalej v texte len ako „GDPR“) udeľujem spoločnosti MRI Point, s.r.o. so sídlom 031 01 Demänovská Dolina 9, IČO: 50 644 416 (ďalej len ako „MRI Point“ alebo „prevádzkovateľ“), **súhlas:**

A) so spracúvaním mojich osobných údajov v rozsahu titul, meno, priezvisko a vyššie uvedený kontaktný údaj (e-mailový/telefonický kontakt), a to na účely môjho kontaktovania v súvislosti s plánovaným poskytovaním vyžadanej zdravotnej starostlivosti.

Mám záujem, aby som bola oslovovaná/ý:

- telefonicky na telefónne číslo vyššie uvedené**
- elektronickou poštou na e-mail vyššie uvedený**
- formou sms správy na telefónne číslo vyššie uvedené**

Súhlasím s tým, že MRI Point ma bude kontaktovať v súvislosti s plánovaným poskytovaním vyžadanej zdravotnej starostlivosti vyššie zvolenou formou, pričom som si vedomý/á toho, že obsahom zaslanej správy/e-mailu alebo telefonického rozhovoru môžu byť informácie, ktorých obsahom sú moje osobné údaje, vrátane osobných údajov o mojom zdravotnom stave.

V prípade, ak pacient nesúhlasí ani s jednou možnosťou poskytnutia súhlasu, súhlas neudelí.

B) so spracúvaním mojich osobných údajov na účely môjho kontaktovania v súvislosti s vyžadovaným poskytnutím výpisu z mojej zdravotnej dokumentácie:

- v rozsahu meno, priezvisko, e-mail v prípade, ak mám záujem o zasielanie výpisu zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou**
- v rozsahu meno, priezvisko, bydlisko, príp. iná dodacia adresa, ak som ju vyššie uviedol, ak mám záujem o zasielanie výpisu zo zdravotnej dokumentácie poštou (doplatok 4€)**
- prídem osobne**

V prípade, ak pacient nesúhlasí ani s jednou možnosťou poskytnutia súhlasu, súhlas neudelí a po výpis z dokumentácie sa dostaví osobne.

C) s podaním informácie ako som sa dozvedel/la o MRI Point s.r.o a možnosti vyšetrenia MR:

- informoval a odporučil ma lekár/ sestra**
- vyhľadáním na internete, Google, web stránka**
- na odporúčenie známych**
- sociálne siete (Facebook)**

Pacient ako dotknutá osoba podpisom tohto súhlasu vyslovene deklaruje, že bol zo strany prevádzkovateľa informovaný o spracúvaní osobných údajov, že si je vedomý svojich práv, ktoré mu ako dotknutej osobe vyplývajú, a že bola o nich zo strany prevádzkovateľa riadne poučený. Dotknutá osoba ďalej berie na vedomie, že informácie o svojich právach v súlade s Čl. 13 GDPR má kedykoľvek k dispozícii v priestoroch prevádzkovateľa.

Dotknutá osoba udeľuje prevádzkovateľovi súhlas na spracúvanie osobných údajov na účely jeho kontaktovania v zmysle vyššie uvedeného na dobu, kým nedôjde k dosiahnutiu účelu spracovania, **maximálne však na dobu 1 roka od udelenia súhlasu.** Dotknutá osoba berie na vedomie, že súhlas so spracovaním osobných údajov možno pred uplynutím tejto doby kedykoľvek odvolať doručením písomného oznámenia prevádzkovateľovi na adresu jeho sídla vyššie uvedenú alebo e-mailom na adresu zodpovednaosoba@mrimgnet.sk. Prevádzkovateľ ďalej poučuje dotknutú osobu, že odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania vychádzajúceho zo súhlasu pred jeho odvolaním.

V Demänovskej Doline, dňa podpis pacienta