

SOUHLAS PACIENTA SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH A ZDRAVOTNÍCH ÚDAJŮ

v souvislosti s používáním aplikace Medevio

Dermatovenerologie Rendlová s.r.o.

Matice školské 17

370 01 České Budějovice

IČO: 281 30 049

1. Účel používání aplikace Medevio

Dermatovenerologie Rendlová s.r.o. využívá elektronickou platformu **Medevio** pro zabezpečenou elektronickou komunikaci se svými pacienty.

Aplikace může být využívána zejména k:

- komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým zařízením, objednávání a změnám termínů vyšetření, zasílání požadavků pacienta, předávání lékařských zpráv a dalších dokumentů, zasílání fotografií a jiných podkladů souvisejících se zdravotním stavem, komunikaci související s poskytováním zdravotních služeb.

Aplikace Medevio není určena pro řešení akutních zdravotních stavů. V případě akutních zdravotních obtíží je nutné vyhledat odpovídající akutní zdravotní péči.

2. Zpracovávané osobní údaje: V souvislosti s používáním aplikace mohou být zpracovávány zejména:

- jméno a příjmení, kontaktní údaje, údaje potřebné k identifikaci pacienta, údaje o zdravotním stavu, údaje obsažené ve zdravotnické dokumentaci, fotografie, dokumenty a další soubory zaslané pacientem, informace související s poskytovanou zdravotní péčí, další údaje, které pacient poskytne prostřednictvím aplikace.

3. Údaje o zdravotním stavu: Údaje o zdravotním stavu jsou zvláštní kategorií osobních údajů.

Používáním aplikace Medevio může docházet ke zpracování údajů týkajících se zdravotního stavu pacienta, včetně informací o zdravotních obtížích, diagnózách, léčbě, výsledcích vyšetření, případně fotografií zdravotních obtíží. Tyto údaje jsou zpracovávány v rozsahu nezbytném pro komunikaci se zdravotnickým zařízením a poskytování zdravotních služeb.

4. Zabezpečení údajů: Pacient bere na vědomí, že aplikace Medevio slouží k zabezpečené elektronické komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým zařízením. Při používání aplikace je pacient povinen chránit své přístupové údaje a zařízení, prostřednictvím kterého k aplikaci přistupuje, před neoprávněným použitím. Technické zpracování údajů v rámci platformy Medevio může zajišťovat provozovatel této platformy jako zpracovatel osobních údajů pro poskytovatele zdravotních služeb.

5. Dobrovolnost používání aplikace: Používání aplikace Medevio je dobrovolné. Pacient může se zdravotnickým zařízením komunikovat také jiným způsobem, který zdravotnické zařízení umožňuje. Odmítnutí používání aplikace Medevio nemá samo o sobě vliv na právo pacienta na poskytnutí zdravotních služeb.

6. Odvolání souhlasu: Pacient má právo svůj souhlas kdykoliv odvolat. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování založeného na souhlasu před jeho odvoláním. Odvolání souhlasu lze provést písemně nebo prostřednictvím kontaktních údajů poskytovatele zdravotních služeb.

7. Práva pacienta: Pacient má v rozsahu stanoveném platnými právními předpisy zejména právo: požadovat přístup ke svým osobním údajům, požadovat opravu nepřesných údajů, požadovat výmaz osobních údajů, pokud jsou splněny zákonné podmínky, požadovat omezení zpracování, vznést námitku proti zpracování v případech stanovených právními předpisy, na přenositelnost osobních údajů v případech, kdy jsou splněny zákonné podmínky, podat stížnost u Úřadu pro ochranu osobních údajů.

Správce osobních údajů:

Dermatovenerologie Rendlová s.r.o. ordinace@rendlova.cz, tel 386359113

Matice Školské 17

370 01 České Budějovice

IČO: 281 30 049

8. Prohlášení a souhlas pacienta: Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s účelem používání aplikace Medevio a se způsobem zpracování mých osobních údajů. Beru na vědomí, že při používání aplikace mohou být zpracovávány také údaje o mém zdravotním stavu.

☐ **SOUHLASÍM** s využíváním aplikace Medevio pro elektronickou komunikaci se zdravotnickým zařízením a se zpracováním osobních údajů včetně údajů o zdravotním stavu v rozsahu nezbytném pro tyto účely.

☐ **NESOUHLASÍM** s využíváním aplikace Medevio pro komunikaci se zdravotnickým zařízením.

ÚDAJE PACIENTA

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Telefon / e-mail:

V Českých Budějovicích dne: _____

Podpis pacienta:

V případě nezletilého pacienta / zastoupení:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Vztah k pacientovi:

Podpis zákonného zástupce: