

Formularz Powierzenia Danych do Systemu Wspomagania Ratownictwa Pacjenta -WRP®
Administrowanego Przez Fundację Ludzie Jesieni, Stawowa 5 Siemianice, 55-120 Oborniki Śląskie,
www.wrp.info.pl



Informacje podstawowe: Niniejszy formularz jest dobrowolny jednak niezbędny w celu przystąpienia do Systemu WRP®. Składa się z II części. Pierwszą część wypełnia zainteresowany/opiekun i poświadcza prawdziwość podanych danych swoim podpisem. Część drugą wypełnia i podpisuje lekarz rodzinny lub lekarz prowadzący. Dotyczy ona danych chorobowych w kodach ICD10, które są pomocne w czasie ewentualnej akcji ratowniczej i będą dostępne wyłącznie dla Pogotowia Ratunkowego, lub służb takich jak Szpital, SOR itp.

Informacje prawne od dnia 25.05.2018 r. na terenie Polski obowiązują nowe regulujące kwestie ochrony danych osobowych, a tu przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych zwane RODO)*, oraz ustawy o ochronie danych osobowych. Informujemy, że ma Pani/Pan prawo do dostępu do Twoich danych, sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania, usunięcia, wniesienia sprzeciwu, przenoszenia danych, cofnięcia zgody na przetwarzanie i wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa UODO. Powierzone przez Pana/Panią dane osobowe z obu części dokumentu będą przetwarzane przez Fundację Ludzie Jesieni wyłącznie do celów Systemu WRP®.

Informacje szczegółowe: - Dane z I części formularza zakodowane będą za Pani/Pana pisemną zgodą w naręcznej bransoletce i będą możliwe do odczytania przez osoby trzecie urządzeniem typu smartfon czy tablet z aplikacją zbliżeniową NFC. Są to dane: Nazwisko i Imię, miejscowość zamieszkania, unikalny numer ID, imię i telefon do osoby bliskiej. Wypełnione dane z części II dotyczące zdrowia, umieszczone będą w kodowanej protokołem HTTPS – SSL Bazie Danych- WRP®, do której dostęp będą miały wyłącznie dedykowane przez Fundację Ludzie Jesieni służby ratownicze jak Pogotowie Ratunkowe, Dyspozytornie, Szpitale, SOR itp. na podstawie stosownej umowy.

Aktualizacja danych z części I i II formularza spoczywa na zainteresowanym lub opiekunie.

W razie śmierci, opiekun, lub osoba bliska poinformuje pisemnie fundację i przekaże z powrotem bransoletkę w ramach darowizny dla osób potrzebujących.

Część I formularza – wypełnia drukowanymi literami Pacjent:

Nazwisko		Imię		Kod pocztowy	Miejscowość
Telefon komórkowy	Telefon domowy	Imię osoby bliskiej	Tel. os. bliskiej	Obwód nadgarstka w cm.	

Wszystkie dane formularza świadomie i dobrowolnie powierzam Fundacji Ludzie Jesieni i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w WRP®:

Data i czytelny podpis uczestnika.....Data i czytelny podpis osoby bliskiej

Część II – wypełnia drukowanymi literami lekarz rodzinny lub prowadzący. Jeśli brak danych – wpisać w rubrykę BRAK.

Nazwisko		Imię		Adres		Pesel	
Opis choroby numer 1			ICD-10	Opis choroby numer 2			ICD-10
Opis choroby numer 3			ICD-10	Opis choroby numer 4			ICD-10
Przebyte najważniejsze operacje - ostatnie 5 lat				Wszczepienia, endoprotezy, implanty			
Uczulenia na leki – wymienić grupy lekowe				Uzależnienia			
Inne ważne informacje				Dane poza chorobowe (fobie, reakcje, przyzwyczajenia)			

Powyższe dane do celów Systemu Wspomagania Ratownictwa Pacjenta- WRP® potwierdzam:

Data

Pieczęć lekarza

Podpis lekarza