

## OŚWIADCZENIE PACJENTA - HOLTER EKG

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Numer PESEL: \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Ja, niżej podpisany zlecam Centrum Medycznemu MediSpace wykonanie \_\_\_\_\_ (liczba dni) dniowego badania mobileHoltera tj. od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ oraz przygotowanie raportu z tego badania. Niniejszym upoważniam na czas badania Centrum Monitorowania mobileHolter do kontaktowania się ze mną w celu realizacji badania. Jestem świadom, że raport będzie gotowy do odbioru po upływie trzech dni roboczych od daty zakończenia badania.

Raport z badania:

- odbiorę osobiście
- proszę przesłać pocztą na adres: \_\_\_\_\_
- proszę przesłać na adres e-mail: \_\_\_\_\_

Obowiązkowe: Jestem świadomy, że badanie mobileHolter ma charakter diagnostyczny i NIE SŁUŻY ratowaniu życia. Oświadczam, że w przypadku pogorszenia mojego samopoczucia, a w szczególności bólu w klatce piersiowej, duszności, zasłabnięcia itp., ja lub moja rodzina skontaktujemy się z lekarzem prowadzącym lub Pogotowiem Ratunkowym.

Obowiązkowe: Wyrażam zgodę na świadczenie usługi mobileHolter drogą elektroniczną za pośrednictwem telefonu i poczty elektronicznej na zasadach określonych w Regulaminie świadczenia usługi mobileHolter

Obowiązkowe: Oświadczam, że w okresie trwania badania i do momentu zwrotu otrzymanego od Centrum Medycznego MediSpace Zestawu, biorę odpowiedzialność materialną za powyższy Zestaw i zobowiązuję się do wykorzystywania go zgodnie z przeznaczeniem oraz do przestrzegania zaleceń użytkownika zawartych w otrzymanej instrukcji obsługi. Zobowiązuję się również do zabezpieczenia Zestawu przed utratą bądź zniszczeniem oraz do zwrócenia go w stanie nie gorszym niż w momencie otrzymania. W przypadku całkowitego zniszczenia, utraty bądź uszkodzenia Zestawu w sposób uniemożliwiający naprawę lub powodujący pogorszenie jego właściwości, kwota materialnej rekompensaty wynosi 5000 PLN (słownie: pięć tysięcy złotych). Owa kwota odpowiedzialności zostanie wyliczona na podstawie wyceny dokonanej przez przedstawiciela firmy Medicalgorithmics Polska Sp. z o.o. lub kwalifikowanego rzeczoznawcy majątkowego.

**Niniejszym potwierdzam odbiór powierzonego Zestawu składającego się z:**

- Aparatu Pocket ECG
- 2 baterii
- Ładowarki
- Opakowania
- Instrukcji obsługi
- Etui

### **Klauzula informacyjna dla pacjenta**

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Medicalgorithmics Polska sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, (adres: ul. Alpejska 4a, 04-628 Warszawa) udzielający na Pana/Pani rzecz świadczenia zdrowotnego z użyciem systemu PocketECG.

Administrator uzyskał Pana/Pani dane osobowe (imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL, imiona i nazwiska lekarzy zlecających, nazwy placówek zlecających, adres zamieszkania, adres do korespondencji, numery telefonów, adresy e-mail, numer abonamentu u ubezpieczyciela medycznego, numer zlecenia, historia choroby, informacja o przyjmowanych lekach, informacja o rozruszniku i ICD, program rozrusznika i ICD, imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów i dostępu do informacji medycznej) od Centrum Medycznego MediSpace z siedzibą w Warszawie (01-044) przy ul. Spokojnej 5 zlecającej udzielenie świadczenia zdrowotnego.

Administrator pozyska ponadto zapis sygnału pracy Pana/Pani serca bezpośrednio z systemu PocketECG. Udostępnienie danych jest warunkiem udzielenia świadczenia zdrowotnego.

Dane będą przetwarzane w celu udzielenia świadczenia zdrowotnego zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. h Rozporządzenia UE nr 2016/679 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Dane będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Odbiorcami danych będą podmioty świadczące na rzecz administratora usługi utrzymania oprogramowania PocketECG, przechowywania danych i prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, a w zakresie imienia i nazwiska oraz danych kontaktowych także podmioty świadczące na rzecz administratora usługi oprogramowania CRM, Call Center oraz usługi kurierskie. Każdej osobie przysługuje prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz ich przenoszenia, jak również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

Ponadto, każdej osobie przysługuje prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora, a także sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych osobowych na potrzeby marketingu, w tym profilowania. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się pod adresem e-mail: [iod@mobileHolter.pl](mailto:iod@mobileHolter.pl). Uprawnienia osoby, której dane dotyczą można wykonać przez złożenie oświadczenia wykorzystując dane kontaktowe Administratora lub Inspektora Danych Osobowych.

---

podpis Pacjenta