



Uniwersytet
Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie

PIKTOREX

Konsorcjum Naukowe

FORMULARZ ZGODY NA UDZIAŁ W BADANIU „SKIERUJ PACJENTA” I NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Egzemplarz dla pacjenta

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ PACJENTA W BADANIU:

Usługa farmaceutyczna - Skieruj pacjenta, to projekt wprowadzenia do aptek działalności wspierającej zdrowie publiczne społeczeństwa. W ramach projektu zapraszamy pacjentów do skorzystania z bezpłatnych badań profilaktycznych, w ramach skierowania do lekarza po konsultacji z farmaceutą. Badanie ma charakter pilotażowy i jest przeprowadzane na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie w ramach pracy Konsorcjum Naukowego Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego Piktorex Sp z. o.o.

Celem badania jest:

1. Zbadanie wpływu usługi na poprawę wykrywalności chorób przewlekłych.
2. Zbadanie poziomu satysfakcji pacjentów i farmaceutów z usługi **Skieruj pacjenta**.
3. Zebranie uwag, rekomendacji w celu optymalizacji projektu badawczego, który wskaże kierunek wystandaryzowania takiej usługi w polskich aptekach.
4. Ocena opłacalności wprowadzenia takiej usługi do aptek wraz z analizą farmakoekonomiczną.

Ja niżej podpisany:

- wyrażam zgodę na udział w projekcie badawczym i jestem świadomy/a faktu, że w każdej chwili mogę wycofać się z badania bez podawania przyczyn. Przez podpisanie zgody na udział w badaniu nie zrzekam się żadnych należnych praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.
- wyrażam zgodę na kontaktowanie się ze mną w związku z przystąpieniem do projektu badawczego drogą telefoniczną.
- Oświadczam, że:
 - jestem pełnoletni/a i nie zostałem/am ubezwłasnowolniony/a ani częściowo ani całkowicie. - nie jestem w ciąży;
 - nie jestem żołnierzem służby zasadniczej;
 - nie jest osobą pozbawioną wolności;
 - nie pozostaję w zależności służbowej lub innej z prowadzącym badanie.
- wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Synexus Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu (53-413) przy ul. Gwiazdzistej 66 moich danych osobowych, w tym danych dotyczących zdrowia, w celu poinformowania mnie o możliwości udziału w bezpłatnych badaniach profilaktycznych, oceny możliwości zakwalifikowania mnie do badań klinicznych i zaproszenia do udziału w takim badaniu. Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o ofercie bezpłatnych badań profilaktycznych lub badań klinicznych oraz o zbliżających się wizytach w Centrum Medycznym Synexus z wykorzystywaniem środków komunikowania na odległość w postaci kontaktu telefonicznego lub smsa zgodnie z wymogami ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Ponadto oświadczam, iż zostałem poinformowany o możliwości wycofania udzielonej zgody w każdym momencie oraz o tym, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wiem, że wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale konieczne do wzięcia udziału w badaniu. Przez podpisanie tego dokumentu potwierdzam również, że zapoznałem/em się z załączoną Klauzulą Informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych.

Data i podpis pacjenta

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

nazwisko i imię (drukowanymi literami)

data złożenia

podpis

KLAUZULA INFORMACYJNA

Egzemplarz dla pacjenta

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej RODO) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Synexus Sp. z o. o. z siedzibą we Wrocławiu (53-413) ul. Gwiaździsta 66.
2. Osobą kontaktową w sprawach ochrony danych osobowych w Synexus Sp. z o. o. jest Inspektor Ochrony Danych dostępny pod adresem e-mail: **compliancecontact@synexus.com**
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu upowszechniania i wdrażania profilaktyki zdrowotnej ukierunkowanej na ochronę stanu zdrowia pacjentów poprzez poinformowanie o możliwości udziału w bezpłatnych badaniach profilaktycznych, badaniach klinicznych, dokonanie oceny możliwości zakwalifikowania się do badań klinicznych oraz zaproszenia do udziału w badaniu, a także m.in. poprzez informowanie o ofercie bezpłatnych badań profilaktycznych lub badań klinicznych oraz o zbliżających się wizytach w Centrum Medycznym Synexus z wykorzystywaniem środków komunikowania na odległość w postaci kontaktu telefonicznego lub smsa na podstawie art. 6 ust 1 pkt a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą upoważnieni pracownicy administratora danych oraz podmioty, które w ramach wiążących je z administratorem umów realizują cel przetwarzania wyrażony w pkt. 3.
5. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich i organizacji międzynarodowych.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny ze względu na potrzeby biznesowe administratora danych, jednak nie dłużej niż przez okres 20 lat.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych dobrowolne, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność realizacji celów wskazanych w pkt 3.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w formie profilowania.



Uniwersytet
Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie

PIKTOREX

Konsorcjum Naukowe

FORMULARZ ZGODY NA UDZIAŁ W BADANIU „SKIERUJ PACJENTA” I NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Egzemplarz dla Konsorcjum Naukowego UKSW Piktorex Sp. z o.o.

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ PACJENTA W BADANIU:

Usługa farmaceutyczna - Skieruj pacjenta, to projekt wprowadzenia do aptek działalności wspierającej zdrowie publiczne społeczeństwa. W ramach projektu zapraszamy pacjentów do skorzystania z bezpłatnych badań profilaktycznych, w ramach skierowania do lekarza po konsultacji z farmaceutą. Badanie ma charakter pilotażowy i jest przeprowadzane na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie w ramach pracy Konsorcjum Naukowego Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego Piktorex Sp. z o.o.

Celem badania jest:

1. Zbadanie wpływu usługi na poprawę wykrywalności chorób przewlekłych.
2. Zbadanie poziomu satysfakcji pacjentów i farmaceutów z usługi **Skieruj pacjenta**.
3. Zebranie uwag, rekomendacji w celu optymalizacji projektu badawczego, który wskaże kierunek wystandaryzowania takiej usługi w polskich aptekach.
4. Ocena opłacalności wprowadzenia takiej usługi do aptek wraz z analizą farmakoekonomiczną.

Ja niżej podpisany:

- wyrażam zgodę na udział w projekcie badawczym i jestem świadomy/a faktu, że w każdej chwili mogę wycofać się z badania bez podawania przyczyn. Przez podpisanie zgody na udział w badaniu nie zrzekam się żadnych należnych praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.
- wyrażam zgodę na kontaktowanie się ze mną w związku z przystąpieniem do projektu badawczego drogą telefoniczną.
- Oświadczam, że:
 - jestem pełnoletni/a i nie zostałem/am ubezwłasnowolniony/a ani częściowo ani całkowicie. - nie jestem w ciąży;
 - nie jestem żołnierzem służby zasadniczej;
 - nie jest osobą pozbawioną wolności;
 - nie pozostaję w zależności służbowej lub innej z prowadzącym badanie.
- wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Synexus Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu (53-413) przy ul. Gwiazdzistej 66 moich danych osobowych, w tym danych dotyczących zdrowia, w celu poinformowania mnie o możliwości udziału w bezpłatnych badaniach profilaktycznych, oceny możliwości zakwalifikowania mnie do badań klinicznych i zaproszenia do udziału w takim badaniu. Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o ofercie bezpłatnych badań profilaktycznych lub badań klinicznych oraz o zbliżających się wizytach w Centrum Medycznym Synexus z wykorzystywaniem środków komunikowania na odległość w postaci kontaktu telefonicznego lub smsa zgodnie z wymogami ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Ponadto oświadczam, iż zostałem poinformowany o możliwości wycofania udzielonej zgody w każdym momencie oraz o tym, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wiem, że wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale konieczne do wzięcia udziału w badaniu. Przez podpisanie tego dokumentu potwierdzam również, że zapoznałem/em się z załączoną Klauzulą Informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych.

Data i podpis pacjenta

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

nazwisko i imię (drukowanymi literami)

data złożenia

podpis