

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL lub seria i nr paszportu: .....

## Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19

Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą u lekarza. Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli lekarzowi zdecydować, czy można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym szczepienie przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane przez lekarza w czasie kwalifikacji do szczepienia. Lekarz może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego realizującego szczepienie.

Lp.	Pytania wstępne	Tak	Nie
1.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?		
2.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan bliski kontakt lub mieszka z osobą, która uzyskała dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2 lub mieszka z osobą, która miała w tym okresie objawy COVID-19 (wymienione w pyt. 3-5)?		
3.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?		
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku?		
6.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wróciła Pani/wrócił Pan z zagranicy (strefa czerwona)?		
7.	Czy otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni?		
8.	Czy Pani/Pan czuje dzisiaj przeziębienie lub ma biegunkę, lub wymioty)?		

**Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest pozytywna, szczepienie przeciw COVID-19 powinno zostać odroczone. Na szczepienie należy zgłosić się wtedy, gdy wszystkie odpowiedzi na ww. pytania będą negatywne. W razie wątpliwości należy skontaktować się z lekarzem realizującym szczepienia.**

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak <sup>a</sup>	Nie	Nie wiem <sup>a</sup>
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory, czy występuje pogorszenie (zaostrenie) choroby przewlekłej?			
2.	Czy w przeszłości lekarz rozpoznał u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu jakiegoś leku lub pokarmu, albo po ukąszeniu owada?			
3.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu?			
4.	Czy lekarz rozpoznał kiedyś u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG) lub inne substancje <sup>1</sup> ?			
5.	Czy choruje Pani/Pan na chorobę znacznie obniżającą odporność (nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS lub inne choroby układu immunologicznego)?			
6.	Czy otrzymuje Pani/Pan leki osłabiające odporność (immunosupresyjne), np. kortyzon, prednizon lub inny kortykosteroid (deksametazon, Encortolon, Encorton, hydrokortyzon, Medrol, Metypred itp.), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?			
7.	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? Czy otrzymuje Pani/Pan leki przeciwkrzepliwowe?			
8.	<i>(tylko dla Pań)</i> Czy jest Pani w ciąży?			
9.	<i>(tylko dla Pań)</i> Czy karmi Pani dziecko piersią?			
10.	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań? Czy którekolwiek z pytań było niejasne?			

<sup>a</sup>Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez lekarza.

Formularz wypełniony przez: ..... Data: .....

Formularz sprawdzony przez: ..... Data: .....

## Oświadczenie

Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw COVID-19

Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałam/ zrozumiałem. Zostały mi udzielone również odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałam/zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

.....

Data i podpis

<sup>1</sup> Więcej informacji na temat składu szczepionki można znaleźć w Ulotce dla pacjenta, dostępnej na stronie [urpl.gov.pl](http://urpl.gov.pl). Ulotkę udostępnia personel realizujący szczepienia.

## KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Imię (imiona) .....
2. Nazwisko .....
3. Data i miejsce urodzenia .....
4. Numer ewidencyjny (PESEL) .....
6. Adres zamieszkania .....
..... (dokładny adres)
7. Numer telefonu .....
8. Adres mailowy .....
9. Alergie .....
10. Przewlekłe choroby .....

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis

### Skąd dowiedziałeś się o LASERMED? (zaznacz poprawną odpowiedź)

Znajomi/rodzina	
Media społecznościowe	
Billboard	
Wyszukiwarka Google	
Gazeta	
Inna placówka medyczna (jaka?)	
Inne	

## FORMULARZ – ZGODY MARKETINGOWE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez LASERMED oraz przekazywanie informacji o nowych usługach i ofertach promocyjnych za pośrednictwem (zaznacz wybraną opcję)

numeru telefonu (połączenia telefoniczne i SMS)	TAK	NIE
adresu poczty elektronicznej	TAK	NIE

\_\_\_\_\_

czytelny podpis

## ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku (wraz z możliwością jego opisanie moim imieniem) przez **LASERMED Specjalistyczne Centrum Medycyny Laserowej Paweł Grzywacz** (dalej: **Administradora**) w następującym zakresie: publikacja w mediach społecznościowych Administratora <https://www.facebook.com/lasermedNT> i [https://www.instagram.com/lasermed\\_klinika/](https://www.instagram.com/lasermed_klinika/), publikacja na stronie internetowej Administratora, dostępnej pod adresem [www.lasermed.com.pl](http://www.lasermed.com.pl), publikacja w materiałach ofertowych, reklamowych lub promocyjnych Administratora, publikacja w materiałach wewnętrznych Administratora (np. na tablicy ogłoszeń) zdjęć oraz nagrań wideo.

Zdjęcia i nagrania wideo okolicy zabiegowej (bez możliwości rozpoznania pacjenta)	TAK	NIE
Zdjęcia i nagrania wideo pełnego wizerunku (z możliwością rozpoznania pacjenta)	TAK	NIE

Przyjmuję do wiadomości, że:

- przeniesienie niniejszego zezwolenia na osobę trzecią wymaga mojej poprzedniej pisemnej zgody na taką czynność,
- dane osobowe (imię, wizerunek) będą wykorzystywane zgodnie z treścią poniższego obowiązku informacyjnego,
- zgodę na udostępnianie wizerunku można wycofywać pisemnie w dowolnym momencie,
- zgoda na wykorzystanie wizerunku nie dotyczy zdjęć wykonywanych w celach obserwowania postępu leczenia. Zdjęcia te stanowią integralną część dokumentacji medycznej pacjenta i są dostępne dla personelu medycznego podczas wizyty.

## **Klauzula informacyjna dla pacjentów, ich przedstawicieli ustawowych oraz osób upoważnionych przez pacjentów**

### **KTO JEST ADMINISTRATOREM PAŃSTWA DANYCH?**

Zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych (dalej: RODO), administratorem Państwa danych osobowych jest LASERMED Specjalistyczne Centrum Medycyny Laserowej Paweł Grzywacz z siedzibą przy ul. Krzywej 17, 34-400 Nowy Targ (dalej: Administrator). Kontakt z Administratorem jest możliwy za pośrednictwem adresu e-mail: kontakt@lasermed.com.pl.

Administrator danych jest odpowiedzialny za bezpieczeństwo przekazanych danych osobowych oraz przetwarzanie ich zgodnie z przepisami prawa.

### **W JAKIM CELU I NA JAKIEJ PODSTAWIE PRAWNEJ BĘDĄ WYKORZYSTYWANE PAŃSTWA DANE?**

Państwa dane osobowe będą wykorzystywane w celu:

- 1 Wykonywania działalności leczniczej, w tym udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia dokumentacji medycznej i realizowania innych obowiązków prawnych. Obowiązki te określa w szczególności ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wydane na ich podstawie rozporządzenia (podstawa prawna – art. 6 ust. 1 lit. c RODO i art. 9 ust. 2 lit. h RODO)
  - „obowiązek prawny” oraz „realizacja celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienie opieki zdrowotnej”.
- 2 Zapewnienia realizacji praw pacjentów, w szczególności w zakresie udzielania informacji lub dokumentacji medycznej (podstawa prawna - art. 6 ust. 1 lit. c i art. 6 ust. 1 lit. f RODO)
  - „prawnie uzasadniony interes” oraz „obowiązek prawny”.
- 3 Dochodzenia lub obrony przed ewentualnymi roszczeniami związanymi z wykonywaniem działalności leczniczej lub też potrzebą wykazania określonych faktów, mających w tym zakresie istotne znaczenie dla Administratora (podstawa prawna - art. 6 ust. 1 lit. f RODO)
  - „prawnie uzasadniony interes”; terminy dochodzenia roszczeń szczegółowo określa Kodeks cywilny.

Dodatkowo, za dobrowolnie wyrażoną przez pacjenta lub inną osobę zgodą, możliwe jest wykorzystywanie danych osobowych w zakresie wykraczającym poza wskazane powyżej podstawy, np. zgoda na wykorzystywanie wizerunku lub wykorzystywanie adresu e-mail do przekazywania informacji medycznych (podstawa prawna – art. 6 ust. 1 lit. a RODO) – „zgoda”.

Informujemy, że Państwa dane osobowe nie będą wykorzystywane do podejmowania decyzji opartych wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu danych osobowych, w tym profilowania w rozumieniu art. 22 RODO.

Podanie danych osobowych przez pacjenta w zakresie przewidzianym przepisami prawa (w szczególności imię, nazwisko, data urodzenia, płeć, adres miejsca zamieszkania, PESEL) jest obowiązkowe (odmowa może wiązać się z brakiem możliwości wykonywania działalności leczniczej). W pozostałym zakresie podanie danych jest dobrowolne.

### **JAK DŁUGO BĘDĄ WYKORZYSTYWANE PAŃSTWA DANE?**

Dane osobowe będą wykorzystywane przez Administratora przez okres niezbędny do realizacji opisanych powyżej celów. W zależności od podstawy prawnej będzie to odpowiednio:

- 1 Czas przechowywania dokumentów określony przepisami prawa (w przypadku dokumentacji medycznej wynosi on co do zasady 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu do dokumentacji).
- 2 Czas do momentu ewentualnego wycofania zgody na przetwarzanie danych.

### **JAK MOŻNA WYCOFAĆ ZGODĘ?**

W każdej chwili przysługuje Państwu prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych - w przypadku danych, które na jej podstawie są przetwarzane. Jeżeli skorzystają Państwo z tego prawa – Administrator zaprzestanie przetwarzania danych takich danych i zostaną one usunięte. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem wykorzystania danych w okresie, kiedy zgoda obowiązywała.

### **JAKIE MAJĄ PAŃSTWO PRAWA?**

Mogą Państwo złożyć do Administratora wnioski o: dostęp do danych osobowych (informacje o przetwarzanych danych osobowych oraz kopie danych), sprostowanie danych (gdy są one nieprawidłowe), przeniesienie danych (w przypadkach określonych w RODO), usunięcie lub ograniczenie przetwarzania danych osobowych – na zasadach określonych w RODO.

Niezależnie od praw wymienionych wyżej mogą Państwo w dowolnym momencie wnieść sprzeciw wobec przetwarzania Państwa danych, jeśli podstawą prawną wykorzystywania danych jest prawnie uzasadniony interes.

Mają Państwo także prawo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uważają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy prawa.

### **KOMU SĄ PRZEKAZYWANE PAŃSTWA DANE?**

Z zachowaniem wszelkich gwarancji bezpieczeństwa danych, Państwa dane osobowe mogą być przekazane – oprócz osobom upoważnionym przez Administratora – innym podmiotom, w tym: podmiotom uprawnionym do ich otrzymywania zgodnie z przepisami prawa, innym podmiotom leczniczym w celu zapewnienia ciągłości leczenia i zapewnienia dostępności świadczeń zdrowotnych, podmiotom przetwarzającym je w imieniu Administratora na podstawie zawartych umów (np. dostawcom usług technicznych i podmiotom świadczącym nam usługi doradcze).

### **JAK MOŻNA SIĘ Z NAMI SKONTAKTOWAĆ W SPRAWIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH?**

W sprawach związanych z ochroną danych osobowych prosimy o kontakt z naszym inspektorem ochrony danych (IOD) za pośrednictwem adresu: [rodo@jamano.pl](mailto:rodo@jamano.pl).

### **DODATKOWA INFORMACJA DLA OSÓB UPOWAŻNIONYCH PRZEZ PACJENTÓW**

Państwa dane osobowe zostały pozyskane za pośrednictwem pacjentów (lub ich przedstawicieli ustawowych). Administrator będzie je przetwarzać w zakresie wskazanym przez pacjentów (imię, nazwisko, data urodzenia, dane kontaktowe).

---

czytelny podpis