POLSKIE CENTRUM OPIEKI

Wzór formularza. 1.10/PCO/10/2022
Data aktualizacji. 07.10.2022

KARTA INFORMACYJNA PODOPIECZNEGO

(Prosimy o czytelne wypełnienie formularza drukowanymi literami)

A1. Dane osobowe Podopiecznego

(informację dotyczącą pkt. A1 wypełnia Podopieczny i/lub osoba upoważniona do występowania w imieniu Podopiecznego)

Imię i Nazwisko Podopiecznego

Numer PESEL

A2. Osoby do kontaktu *(wymagana pisemna zgoda na pozyskanie danych osobowych - Załącznik nr 1 do KIP)*

(informację dotyczącą pkt. A2 wypełnia Podopieczny i/lub osoba upoważniona do występowania w imieniu Podopiecznego)

Lp	Nazwisko i imię	Pokrewieństwo (także sąsiad, znajomy)	Telefon kontaktowy (dom; praca; osobisty)	Klucz (TAK/NIE)	Inne: dostepność; czas dojazdu
1					
2					
3					

B1. Dane identyfikacyjne urządzenia abonenckiego

(informację w części formularza B1 wypełnia pracownik PCO i/lub OPS)

Nazwa / typ urządzenia

Numer IMEI urządzenia

Karta SIM numer seryjny

Dedykowany numer telekom.

Rodzaj teleopieki: TD ☐ TM ☐

TD - teleopieka domowa TM - teleopieka mobilna

B2. Dodatkowe informacje o numerach telefonicznych

numer do telefonu stacjonarnego* ___ - _____ Dedykowany do teleopieki** TAK ☐

*wypełnić w przypadku korzystania z własnego numeru abonamentowego **Numer nie jest zastrzeżony.

numer do telefonu mobilnego* _____ Dedykowany do teleopieki** TAK ☐

*wypełnić w przypadku korzystania z własnego numeru abonamentowego **Numer nie jest zastrzeżony.

Czy Podopieczny umie odczytywać wiadomości SMS* TAK ☐ NIE ☐

*wypełnić w przypadku korzystania z telefonu / urządzenia z kartą SIM

Zgoda na otrzymywanie dodatkowej wiadomości SMS dot. poziomu naładowania baterii urządzenia poniżej 20% *(Uwaga! Domyślnie system wysyła powiadomienia SMS)*	PODOPIECZNY	TAK ☐	NIE ☐
	OSOBA DO KONTAKTU	TAK ☐	NIE ☐

*wypełnić w przypadku korzystania z urządzenia mobilnego z kartą SIM

Zgoda na otrzymywanie dodatkowej wiadomości SMS dot. nieaktwności urządzenia oznaczające całkowite rozładowanie lub brak zasięgu *(Uwaga! Domyślnie system nie wysyła powiadomień SMS)*	PODOPIECZNY	TAK ☐	NIE ☐
	OSOBA DO KONTAKTU	TAK ☐	NIE ☐

*wypełnić w przypadku korzystania z urządzenia mobilnego z kartą SIM

©Copyright 2012-2022 | Polskie Centrum Opieki Spółka z o.o. | NIP 9581609901 | Regon 220759453 | KRS 0000328599
Biuro Obsługi Klienta 58 625 12 11 | e-mail: biuro@centrum-opieki.pl | www.centrum-opieki.pl

POLSKIE CENTRUM OPIEKI

Wzór formularza: 1.10/PCO/10/2022
Data aktualizacji: 07.10.2022

C1. Miejsce zamieszkania / instalacji urządzenia abonenckiego do teleopieki

(informację dotyczącą pkt. C1 wypełnia Podopieczny i/lub osoba upoważniona do występowania w imieniu Podopiecznego)

Nazwa ulicy

Nr domu | Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy - | Poczta

C2. Opis budynku i posesji *(kod domofonu, winda, balkon/taras, furtka, brama, szlaban na wjeździe etc.)*

(informację dotyczącą pkt. C2 wypełnia Podopieczny i/lub osoba upoważniona do występowania w imieniu Podopiecznego)

C3. Poziom w budynku / piętro

(informację dotyczącą pkt. C3 wypełnia Podopieczny i/lub osoba upoważniona do występowania w imieniu Podopiecznego)

C4. Droga dojazdowa *(wypełnić tylko w przypadku skomplikowanego, specjalnego dojazdu)*

(informację dotyczącą pkt. C4 wypełnia Podopieczny i/lub osoba upoważniona do występowania w imieniu Podopiecznego)

D1. POZ Rejonowa Przychodnia Zdrowia *(podać dane kontaktowe)*

(informację dotyczącą pkt. D1 wypełnia Podopieczny i/lub osoba upoważniona do występowania w imieniu Podopiecznego)

numer telefonu kontaktowego -

D2. Lekarz rodzinny - podać dane kontaktowe *(imię i nazwisko, numery telefonów)*

(informację dotyczącą pkt. D2 wypełnia Podopieczny i/lub osoba upoważniona do występowania w imieniu Podopiecznego)

E1. Stan zdrowia

(informację dotyczącą pkt. E1 wypełnia Podopieczny i/lub osoba upoważniona do występowania w imieniu Podopiecznego)

Wzrost (cm) ☐ Waga (kg) ☐

Problemy z poruszaniem się / osoba leżąca TAK ☐ NIE ☐

Słabo słyszy TAK ☐ NIE ☐

Choroby wzroku, niedowidzenie TAK ☐ NIE ☐ jeśli TAK, to jakie:

©Copyright 2012-2022 | Polskie Centrum Opieki Spółka z o.o. | NIP 9581609901 | Regon 220759453 | KRS 0000328599
Biuro Obsługi Klienta 58 625 12 11 | e-mail: biuro@centrum-opieki.pl | www.centrum-opieki.pl

POLSKIE CENTRUM OPIEKI

Wzór formularza: 1.10/PCO/10/2022
Data aktualizacji: 07.10.2022

Zdarzają się upadki i omdlenia	TAK ☐	NIE ☐	
Osteoporoza	TAK ☐	NIE ☐	
Stwardnienie rozsiane	TAK ☐	NIE ☐	
Niedowład	TAK ☐	NIE ☐	jeśli TAK, to czego:
Kłopoty z oddychaniem, astma	TAK ☐	NIE ☐	
Stan poudarowy	TAK ☐	NIE ☐	
Choroby układu krążenia	TAK ☐	NIE ☐	jeśli TAK, to jakie:
Zaburzenia rytmu serca	TAK ☐	NIE ☐	
Rozrusznik serca	TAK ☐	NIE ☐	
Choroba wieńcowa	TAK ☐	NIE ☐	
Nadciśnienie	TAK ☐	NIE ☐	
Cukrzyca	TAK ☐	NIE ☐	jeśli TAK, to jaki typ:
Problemy z pamięcią	TAK ☐	NIE ☐	
Choroba Parkinsona	TAK ☐	NIE ☐	
Choroba Alzheimera	TAK ☐	NIE ☐	
Epilepsja	TAK ☐	NIE ☐	
Nowotwór	TAK ☐	NIE ☐	jeśli TAK, to jaki:
Inne choroby, operacje	TAK ☐	NIE ☐	jeśli TAK, to jakie:

E2. Nietolerancja / uczulenia na leki *(podać nazwy leków)*

(informację dotyczącą pkt. E2 wypełnia Podopieczny i/lub osoba upoważniona do występowania w imieniu Podopiecznego)

E3. Zalecane i/lub przypisane przez lekarza na stałe zażywane leki *(podać nazwy leków)*

(informację dotyczącą pkt. E3 wypełnia Podopieczny i/lub osoba upoważniona do występowania w imieniu Podopiecznego)

©Copyright 2012-2022 | Polskie Centrum Opieki Spółka z o.o. | NIP 9581609901 | Regon 220759453 | KRS 0000328599
Biuro Obsługi Klienta 58 625 12 11 | e-mail: biuro@centrum-opieki.pl | www.centrum-opieki.pl

POLSKIE CENTRUM OPIEKI

Wzór formularza: 1.10/PCO/10/2022
Data aktualizacji: 07.10.2022

E4. Miejsce przechowywania leków *(w tym insulina)*

(informację dotyczącą pkt. E4 wypełnia Podopieczny i/lub osoba upoważniona do występowania w imieniu Podopiecznego)

Pudełko / koperta życia TAK ☐ NIE ☐ jeśli TAK, to gdzie:

F1. Oświadczenia Podopiecznego

Podopieczny oświadcza, że powyższe dane są prawdziwe i kompletne.
Niniejszym dokumentem Podopieczny wyraża zgodę na objęcie go usługą Teleopieki Domowej w miejscu zamieszkania. Dotyczy urządzeń abonanckich I generacji bez geolokalizacji.
Niniejszym dokumentem Podopieczny wyraża zgodę na objęcie go usługą Teleopieki Mobilnej w miejscu zamieszkania jak i poza nim (Geolokalizacja / Geofencing). Dotyczy urządzeń abonenckich z wbudowaną funkcją geolokalizacji GPS, A-GPS, LBS, WI-FI lub inna.

Niniejszym dokumentem Podopieczny całkowicie zwalnia z odpowiedzialności PCO za wszelkie szkody powstałe przy próbie siłowego dostania się do mieszkania podopiecznego przez służby ratunkowe w wypadku użycia przycisku alarmowego teleopieki.

Przypadkowe wzbudzenie alarmu przez podopiecznego o ile nie będzie to skutkowało koniecznością zawiadomienia przez Centrum Operacyjno Alarmowe /COA/ odpowiednio służb ratowniczych oraz osób z listy kontaktowej, nie będzie powodowało obciążenia podopiecznego dodatkowymi kosztami za nieuzasadnione wszczęcie przez niego alarmu.
W przypadku nieuzasadnionego alarmu, odpowiedzialność wobec służb ratunkowych ponosi Podopieczny i wynikające z tego konsekwencje.

F2. Przetwarzanie danych osobowych

1. Podopieczny podpisując Kartę Informacyjną Podopiecznego (KIP) wyraża zgodę na przetwarzanie przez podmioty tworzące system Teleopieki PCO danych osobowych, które podane zostały przez Podopiecznego w Karcie Informacyjnej, zgodnie z odpowiednimi zapisami w Regulaminie świadczenia usługi, w zakresie niezbędnym do realizacji usługi Teleopieki Domowej i Mobilnej.
2. Podopieczny podpisując Kartę Informacyjną Podopiecznego (KIP) wyraża także zgodę na przetwarzanie przez podmioty tworzące system Teleopieki PCO danych dotyczących jego stanu zdrowia, w tym w szczególności: wzrostu, wagi, grupy krwi, przebytych chorób, aktualnych chorób, chorób przewlekłych, uczuleń na leki, leków, które stale zażywa oraz miejsca, gdzie są przechowywane oraz innych danych dotyczących tej sfery życia Klienta, które mogą mieć znaczenie z punktu widzenia PCO przy wykonywaniu usługi.

3. Podopieczny oświadcza, że osoby wskazane do kontaktu w Karcie Informacyjnej, zostały przez niego poinformowane zgodnie z treścią Załącznika nr 1 o zasadach przetwarzania ich danych osobowych.
4. Podopieczny oświadcza, że na postawie art. 13 ust. 1 i 2 RODO został poinformowany o tym, że:

a) administratorem jego danych osobowych jest Polskie Centrum Opieki Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Gdyni (81 – 336), przy ul. Indyjska 13 p.315;
b) w Polskim Centrum Opieki Sp. z o.o. powołany został Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować telefonicznie pod numerem telefonu: 58 669 80 27 lub poprzez przesłanie korespondencji na adres: iod@centrum-opieki.pl;

c) dane osobowe Podopiecznego przetwarzane będą w celu wykonania usługi teleopieki na jego rzecz na podstawie wyrażonej przez niego zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO);

d) odbiorcami danych Podopiecznego będą podmioty współpracujące z administratorem danych w celu wykonania usługi i wyraża zgodę na ich przetwarzanie przez te podmioty;

e) dane osobowe będą przetwarzane do czasu zakończenia świadczenia usługi Teleopieki;

f) po zakończeniu przetwarzania danych osobowych w pierwotnym celu, dane będą przetwarzane przez czas wynikający z ogólnie obowiązujących przepisów prawa, a zwłaszcza do czasu upływu terminu przedawnienia ewentualnych roszczeń wynikających z umowy i w związku z realizacją obowiązku archiwizacyjnego;

g) przysługuje mu prawo do dostępu do swoich danych osobowych, przenoszenia, do ich poprawiania, żądania ich usunięcia lub wniesienia sprzeciwu z powodu swojej szczególnej sytuacji oraz prawo do cofnięcia wyrażonej zgody, w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed jej cofnięciem;
h) jeżeli uzna, że dane osobowe będą przetwarzane niezgodnie z wymogami prawa przysługuje mu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

5. Podopieczny oświadcza, że dane osobowe podał dobrowolnie w celu zapewnienia wykonania usługi przez administratora danych oraz podmioty z nim współpracujące w wykonaniu usługi.

Miejscowość, data	*Czytelny podpis Podopiecznego (Imię i Nazwisko) lub osoby upoważnionej do występowania w imieniu Podopiecznego*

©Copyright 2012-2022 | Polskie Centrum Opieki Spółka z o.o. | NIP 9581609901 | Regon 220759453 | KRS 0000328599
Biuro Obsługi Klienta 58 625 12 11 | e-mail: biuro@centrum-opieki.pl | www.centrum-opieki.pl

POLSKIE CENTRUM OPIEKI

Wzór formularza 1.10/PCO/10/2022
Data aktualizacji. 07.10.2022

--- egzemplarz dla "Osoby do kontaktu" ---

Załącznik nr 1 do Karty Informacyjnej Podopiecznego

UWAGA! Poniższy załącznik jest przeznaczony dla osoby do kontaktu jako potwierdzenie przekazania danych osobowych do operatora Polskie Centrum Opieki Spółka z o.o. z siedzibą w Gdyni

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (RODO) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Centrum Opieki Sp. z o.o. z siedzibą w Gdyni (81-336), ul. Indyjska 13 p. 315, zwana dalej Spółką;

2. W Polskim Centrum Opieki Sp. z o.o. powołany został Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować telefonicznie pod numerem telefonu: 58 669 80 27 lub poprzez przesłanie korespondencji na adres: iod@centrum-opieki.pl;

3. Spółka pozyskała Pani/Pana dane osobowe od:

Imię i Nazwisko Podopiecznego	

4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji usługi Teleopieki na rzecz osoby wymienionej w punkcie 3 powyżej przez podmioty tworzące system Teleopieki PCO, na podstawie wyrażonej przez Panią / Pana zgody (art. 6 ust. 1 RODO);

5. Pani / Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu zakończenia świadczenia usługi Teleopieki na rzecz Podopiecznego wymienionego w punkcie 3 niniejszego załącznika;

6. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia wyrażonej zgody, w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed jej cofnięciem; jednocześnie informuję, że konsekwencją cofnięcia zgody może być niemożność realizacji usługi teleopieki na rzecz Podopiecznego wymienionego w punkcie 3 niniejszego załącznika;

7. Jako administrator Państwa danych, zapewniamy prawo dostępu do Pani / Pana danych, ma Pani / Pan również prawo je sprostować, żądać ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.
Może Pani / Pan także skorzystać z uprawnienia do złożenia wobec Administratora sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych.
Informujemy także, że przysługuje Pani / Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych;

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na opisanych wyżej zasadach:

Miejscowość, data	*Czytelny podpis osoby do kontaktu (Imię i Nazwisko)*

©Copyright 2012-2022 | Polskie Centrum Opieki Spółka z o.o. | NIP 9581609901 | Regon 220759453 | KRS 0000328599
Biuro Obsługi Klienta 58 625 12 11 | e-mail: biuro@centrum-opieki.pl | www.centrum-opieki.pl

POLSKIE
CENTRUM OPIEKI

Wzór formularza. 1.10/PCO/10/2022
Data aktualizacji. 07 10 2022

--- egzemplarz dla PCO ---

Załącznik nr 1 do Karty Informacyjnej Podopiecznego

UWAGA! Poniższy załącznik jest przeznaczony dla operatora Polskie Centrum Opieki Spółka z o.o. z siedzibą w Gdyni jako potwierdzenie przekazania danych osobowych "Osoby do kontaktu" przez Podopiecznego za jej dobrowolną zgodą.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (RODO) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Centrum Opieki Sp. z o.o. z siedzibą w Gdyni (81-336), ul. Indyjska 13 p. 315, zwana dalej Spółką;

2. W Polskim Centrum Opieki Sp. z o.o. powołany został Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować telefonicznie pod numerem telefonu: 58 669 80 27 lub poprzez przesłanie korespondencji na adres: iod@centrum-opieki.pl;

3. Spółka pozyskała Pani/Pana dane osobowe od:

Imię i Nazwisko Podopiecznego	

4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji usługi Teleopieki na rzecz osoby wymienionej w punkcie 3 powyżej przez podmioty tworzące system Teleopieki PCO, na podstawie wyrażonej przez Panią / Pana zgody (art. 6 ust. 1 RODO);

5. Pani / Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu zakończenia świadczenia usługi Teleopieki na rzecz Podopiecznego wymienionego w punkcie 3 niniejszego załącznika;

6. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia wyrażonej zgody, w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed jej cofnięciem; jednocześnie informuję, że konsekwencją cofnięcia zgody może być niemożność realizacji usługi teleopieki na rzecz Podopiecznego wymienionego w punkcie 3 niniejszego załacznika;

7. Jako administrator Państwa danych, zapewniamy prawo dostępu do Pani / Pana danych, ma Pani / Pan również prawo je sprostować, żądać ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.
Może Pani / Pan także skorzystać z uprawnienia do złożenia wobec Administratora sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych.
Informujemy także, że przysługuje Pani / Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych;

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na opisanych wyżej zasadach:

Miejscowość, data	*Czytelny podpis osoby do kontaktu (Imię i Nazwisko)*

©Copyright 2012-2022 | Polskie Centrum Opieki Spółka z o.o. | NIP 9581609901 | Regon 220759453 | KRS 0000328599
Biuro Obsługi Klienta 58 625 12 11 | e-mail: biuro@centrum-opieki.pl | www.centrum-opieki.pl