Załącznik nr 1 do Regulaminu

Karta uczestnika PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w wieku od 70 roku życia na lata 2026-2028”

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Adres zamieszkania	
Adres zameldowania	
Tel. kontaktowy	

** lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL*

II. Zgoda na udział w programie

1) Wyrażam zgodę na udział w Programie polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w wieku od 70 roku życia na lata 2026-2028 oraz na udzielenie mi świadczeń zdrowotnych i pozostałych usług w ramach Programu.
2) Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego numeru PESEL w ocenie efektów PPZ.
3) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu uczestnictwa w Programie.

.....

(data i podpis uczestnika programu)

III. Kwalifikacja do programu

(wypełnia fizjoterapeuta)

Jednostki chorobowe klasyfikujące do udziału w programie (wg ICD-10)	
Data rozpoczęcia udziału w programie	

Tryb realizacji programu	☐ambulatoryjny ☐domowy
Data zakończenia udziału w programie	
Przyczyna zakończenia udziału w programie*	

** ukończenie pełnego cyklu rehabilitacji lub przyczyna przerwania cyklu rehabilitacji*

IV. Dane niezbędne dla ewaluacji programu

Nazwa świadczenia	**Informacja dla celów ewaluacji**
Działania edukacyjne (jeżeli dotyczy)	Wynik pre-testu: ..... Wynik post-testu: ..... Utrzymanie poziomu wiedzy (co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie poziomu wiedzy o co najmniej 20% ☐tak ☐nie
Indywidualny plan rehabilitacji	Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS przed rozpoczęciem rehabilitacji: ..... Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS po zakończeniu rehabilitacji: ..... Zmiana pozytywna w zakresie nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS ☐tak ☐nie

.....

(data, pieczęć i podpis fizjoterapeuty)

V. Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania (jeżeli dotyczy)

Przyczyna rezygnacji	**Data rezygnacji**	**Podpis uczestnika**

Załącznik nr 2 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW UDZIAŁU W PROGRAMIE ORAZ WYBORZE RODZAJU REHABILITACJI

„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w wieku od 70 roku życia na lata 2026-2028”

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

A. Wybór rodzaju rehabilitacji

Ubiegam się o udział w Programie w trybie (należy zaznaczyć wyłącznie jedną odpowiedź):

- ☐ **rehabilitacja ambulatoryjna** – w siedzibie Centrum Medycznego Fregata sp. z o.o., ul. Bydgoska 14, Świnoujście;
- ☐ **rehabilitacja domowa** – w miejscu zamieszkania na terenie Świnoujścia. Oświadczam, że ze względu na stan zdrowia lub ograniczoną możliwość samodzielnego poruszania się nie mogę dotrzeć do siedziby Fregaty. Adres realizacji świadczeń: .....

Przyjmuję do wiadomości, że mogę wskazać wyłącznie jeden rodzaj rehabilitacji oraz że fizjoterapeuta może zmienić tryb rehabilitacji z domowej na ambulatoryjną na zasadach określonych w § 3 ust. 5 Regulaminu.

B. Oświadczenie o spełnieniu kryteriów udziału w Programie

Oświadczam, że:

1) ukończyłem/-am 70 lat;
2) zamieszkuję na terenie miasta Świnoujścia;
3) posiadam rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego;
4) w bieżącym roku kalendarzowym nie korzystałem/-am ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w wieku od 70 roku życia na lata 2026-2028;
5) w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu nie korzystałem/-am ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez Gminę Miasto Świnoujście, Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z powodu jednostek chorobowych, o których mowa w pkt 3;
6) zapoznałem/-am się z Regulaminem kwalifikacji i uczestnictwa w Programie i akceptuję jego postanowienia;

Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Fregatę o każdej zmianie okoliczności wskazanych w niniejszym oświadczeniu.

.....

(data i podpis uczestnika)

Załącznik nr 3 do Regulaminu

SKIEROWANIE NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE W RAMACH PPZ

„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w wieku od 70 roku życia na lata 2026-2028 ” (wzór)

Proszę o włączenie do programu Pacjenta:

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

ROZPOZNANIE ICD 10 |.....|.....|

Adres zamieszkania:

.....

Rozpoznanie.....

.....

Cel zabiegów.....

.....

Przeciwskazania.....

.....

Data ....

Pieczęć i podpis lekarza

Załącznik nr 4 do Regulaminu

Klauzula informacyjna dla Uczestników PPZ
„Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w wieku od 70 roku życia na lata 2026- 2028”
realizowanego przez
Centrum Medycznego Fregata Sp. z o.o.

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 i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – dalej Rozporządzenie UE), zwanego RODO oraz ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych informujemy, że:

Administratorem Danych Osobowych jest: Centrum Medyczne Fregata sp. z o. o., wpisaną do rejestru Podmiotów Leczniczych Wojewody Zachodniopomorskiego pod numerem: 000000017912 i zarejestrowaną przez Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w Szczecinie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000896149, NIP 8551601917; REGON 812012078, reprezentowaną przez Prezesa Zarządu.

Inspektor Danych Osobowych: W sprawach związanych z przetwarzaniem Państwa danych osobowych prosimy kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem poczty elektronicznej: **iodo@cmfregata.pl**

Podstawa prawna i cele przetwarzania danych: Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe w celu świadczenia usług w zakresie rehabilitacji mieszkańców Miasta Świnoujście, realizowanych w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w wieku od 70 roku życia na lata 2026-2028”.

Dane przetwarzane będą na podstawie:

- art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 24 ust. 1 oraz art. 25 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta oraz innych ustaw;

- art. 6 ust. 1 lit. b RODO, - w celu wykonania przez Administratora prawnie ciążących na nim obowiązków zgodnie z **art. 6 ust. 1 lit. c RODO** w zakresie, w jakim przewidują to przepisy prawa i obowiązki wynikające z wykonania umowy realizowanej ze środków własnych Gminy Miasta Świnoujście czy środków publicznych z Narodowego Funduszu Zdrowia pozyskanych przez Gminę Miasto Świnoujście;

- art. 6 ust. 1 lit. f RODO w zw. z ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości w celach podatkowych oraz w celu dochodzenia ewentualnych roszczeń z uwagi na prowadzoną działalność lub obrony przed nimi.

- art. 6 ust. 1 lit. f RODO w celu zapewnienia porządku oraz zapewnienia bezpieczeństwa osobom przebywającym na terenie Centrum Medycznego Fregata sp. z o.o. lub w jego obrębie poprzez wykorzystanie systemu monitoringu wizyjnego rejestrującego osoby przebywające w obszarze monitorowanym, oraz w celach archiwizacyjnych, statystycznych czy badań satysfakcji Uczestników PPZ celem ustalenia jakości świadczonych usług.

Źródłem pochodzenia danych osobowych jest Uczestnik PPZ.

Zakres danych osobowych: imię, nazwisko, płeć, nr Pesel (przypadku jego braku rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość), adres zamieszkania, adres zameldowania, dane kontaktowe: nr telefonu oraz dane osobowe szczególnej kategorii w zakresie stanu

zdrowia jak rozpoznanie jednostki chorobowej, cel zabiegów, przeciwskazania zdrowotne, ocena stanu zdrowia przed i po zakończeniu rehabilitacji.

Udostępnianie danych: Dane osobowe mogą być przekazane upoważnionym pracownikom i współpracownikom na podstawie nadanych upoważnień i zawartych umów powierzenia, a w szczególności dostawcom systemów informatycznych i usług IT w zakresie oprogramowania, poczty elektronicznej i hostingu. Dane osobowe mogą zostać również udostępnione podmiotom i instytucjom upoważnionym do tego na podstawie obowiązujących przepisów prawa w tym instytucjom upoważnionym do przeprowadzenia audytu wydatkowanych środków pochodzących z Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia; podmiotom świadczącym usługi prawne; podmiotom świadczącym usługi pocztowe / kurierskie, w tym Poczcie Polskiej S.A. świadczącej usługę e-doręczeń.

Administrator nie będzie przekazywać Państwa danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Okres przechowywania danych: Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora przez okres opisany w z art. 29 ustawy z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta co najmniej przez okres 20 lat od dnia dokonania ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej poza pewnymi wyjątkami wskazanymi w ww. ustawie.

Dane osobowe przetwarzane będą przez okres 5 lat od chwili dnia zakończenia udziału w Programie polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w celu prawidłowego rozliczenia umowy zawartej w ramach Programu.

Zapisy z monitoringu wizyjnego są przechowywane nie dłużej niż 30 dni od dnia nagrania – następnie są automatycznie usuwane poprzez ich nadpisywanie. W przypadku, w którym nagrania stanowią dowód w postępowaniach prowadzonych na podstawie przepisów prawa i mogą one stanowić dowód w takim postępowaniu, termin ich przechowywania ulega wydłużeniu do czasu prawomocnego zakończenia tego postępowania.

Po upływie wyżej wymienionych okresów dane są usuwane lub poddawane anonimizacji.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji i profilowanie

Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji przez Centrum Medyczne Fregata Sp. z.o.o. w tym profilowaniu.

Prawa przysługujące w związku z ochroną danych osobowych:

Przysługuje Państwu prawo do:

- dostępu do treści swoich danych,
- żądania sprostowania danych,
- usunięcia danych lub ograniczenia ich przetwarzania, w przypadkach przewidzianych prawem,
- uzyskania kopii swoich danych,
- przeniesienia danych osobowych,
- wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych osobowych, w zakresie w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest nasz prawnie usprawiedliwiony interes, w tym ze względu na Państwa szczególną sytuację,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych , gdy uznają Państwo, że podczas przetwarzania Państwa danych osobowych naruszyliśmy przepisy RODO.

W przypadku gdy macie Państwo zastrzeżenia co do sposobu, w jaki przetwarzamy Państwa dane, prosimy w pierwszej kolejności o kontakt z nami elektronicznie poprzez adres e-mail: **iodo@cmfregata.pl** lub pod adresem pocztowym naszej siedziby wskazanym powyżej.

Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych osobowych:

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do skorzystania z usług w zakresie rehabilitacji świadczonych przez Centrum Medyczne Fregata sp. z o.o. w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w wieku 70 roku życia na lata 2026-2028".

Przebywanie na terenie Centrum Medycznego Fregata sp. z o.o. w obszarze monitorowanym jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na podanie danych osobowych w zakresie wizerunku zarejestrowanego przez system monitoringu. Konsekwencją odmowy udostępnienia tych danych jest brak uprawnienia do przebywania na tym terenie.

.....	**.....**
(data, czytelny podpis, pieczątka służbowa osoby przyjmującej klauzulę od Uczestnika PPZ)	(data, czytelny podpis Uczestnika PPZ)