**SÚHLAS PACIENTA SO SPRACOVANÍM A VYUŽÍVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV A ÚDAJOV TÝKAJÚCICH SA ZDRAVIA (ÚDAJOV ZO ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE) NA BIOMEDICÍNSKY, HISTORICKÝ VÝSKUM, VEDECKÝ VÝSKUM A VÝVOJ, PRE ÚČELY ŠTATISTIKY A VZDELÁVANIA ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV A VÝUČBY ŠTUDENTOV**

v súlade so zák. č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov

(ďalej len „zákon“)

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko pacienta: \*Dátum narodenia pacienta:ďalej len „pacient“ |  |
| Meno a priezvisko zákonného zástupcu pacienta\*:( ak ide o pacienta, ktorý nemá spôsobilosť na právne úkony v plnom rozsahu)Číslo súdneho rozhodnutia :  |  |

\* = dotknutá osoba - každá fyzická osoba, ktorej osobné údaje sa spracúvajú ( § 5 písm. n/ zákona)

 **Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice ( ďalej len „UNLP Košice“) ako poskytovateľ zdravotnej starostlivosti** poskytuje zdravotnú starostlivosť pacientovi.

 UNLP Košice spracováva osobné údaje pacienta na účely poskytovania zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia a osobné údaje zákonného zástupcu pacienta za účelom ochrany pacienta (pôvodný účel získavania, zhromažďovania a spracovania osobných údajov).

 Okrem poskytovania zdravotnej starostlivosti UNLP Košice vykonáva na svojich pracoviskách aj vedecký výskum a vývoj, spracováva štatistiky a vytvára podmienky a možnosti pre sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov, ktorí sú jej zamestnancami a realizuje výučbu študentov stredných a vysokých škôl zdravotníckeho zamerania. Spracovanie osobných údajov na biomedicínsky, historický výskum, vedecký výskum a vývoj alebo na účely štatistiky je prípustné a nepovažuje sa to za nezlučiteľné s pôvodným účelom spracúvania. Sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov vedie k zvyšovaniu odbornej úrovne poskytovania zdravotnej starostlivosti.

 Pri spracovaní osobných údajov pacienta a údajov týkajúcich sa zdravia (údajov zo zdravotnej dokumentácie) na historický výskum, vedecký výskum a vývoj, pre účely štatistiky a vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a výučbu študentov sa ***UNLP Košice zaväzuje*, že bude tieto údaje spracovávať:**

a) v anonymizovanej alebo pseudonymizovanej forme t. j. upravené do takej podoby, v ktorej ich nemožno priradiť ku konkrétnemu pacientovi bez použitia dodatočných informácií,

b) len v rozsahu a obsahu potrebnom na daný účel (biomedicínsky, historický výskum, vedecký výskum a vývoj, štatistika, vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov, výučba študentov),

c) spôsobom, ktorý zodpovedá danému účelu,

d) v súlade s dobrými mravmi a v záujme pacienta, bez narušenia vážnosti, dôstojnosti a bezpečnosti pacienta.

 Svojim podpisom potvrdzujem , že ***som bol ako pacient riadne informovaný*** o tom, že ***moje osobné údaje a údaje týkajúce sa môjho zdravia (údaje z mojej zdravotnej dokumentácie)*** bude UNLP Košice spracovávať a využívať na biomedicínsky, historický výskum, vedecký výskum a vývoj, pre účely štatistiky a vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a výučbu študentov, tak ako je uvedené vyššie. ***Prehlasujem***, že som poučeniu a informovaniu rozumel, bolo mi poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom, aby som sa slobodne rozhodol dať alebo nedať súhlas so spracovaním a využívaním mojich osobných údajov na biomedicínsky, historický výskum, vedecký výskum a vývoj, pre účely štatistiky a vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a výučbu študentov.

 ***Svojim podpisom potvrdzujem, že súhlasím s tým, aby UNLP Košice spracovala a využívala moje osobné údaje a údaje týkajúce sa môjho zdravia (údaje z mojej zdravotnej dokumentácie) na biomedicínsky, historický výskum, vedecký výskum a vývoj, pre účely štatistiky a vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a pre výučbu študentov stredných a vysokých škôl zdravotníckeho zamerania.***

 Súhlas udeľujem na dobu neurčitú. Viem, že tento svoj súhlas ***môžem kedykoľvek odvolať*** a to aj bez uvedenia dôvodu a bez akýchkoľvek pre mňa nepriaznivých dôsledkov.

 V Košiciach, dňa

 …....................................................

 vlastnoručný podpis pacienta/

 zákonného zástupcu pacienta

Dátum, meno a priezvisko (čitateľne), podpis a odtlačok pečiatky lekára, ktorý pacienta/zákonného zástupcu pacienta poučil a informoval :