

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa pacjentów w projekcie

| | |
|----------------------------|--|
| Data wpłynięcia formularza | |
| Numer ewidencyjny | |

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU

Wdrażanie i wykorzystanie videokonsultacji w diagnostyce i leczeniu depresji, model telemedyczny w dziedzinie psychiatrii

I. DANE PACJENTA

| | | |
|------|--------------------------------------|--|
| 1. | Imię / imiona | |
| 2. | Nazwisko | |
| 3. | Płeć | |
| 4. | Adres zamieszkania lub pobytu | |
| 4.1. | Województwo | |
| 4.2. | Powiat | |
| 4.3. | Gmina | |
| 4.4. | Kod pocztowy / Poczta | |
| 4.5. | Ulica nr domu / nr mieszkania | |
| 5. | PESEL | |
| 6. | Adres e-mail | |
| 7. | Nr telefonu | |

II. DANE OPIEKUNA PRAWNEGO (dotyczy tylko. osób poniżej 18 r.ż.)

| | | |
|------|--------------------------------------|--|
| 1. | Imię / imiona | |
| 2. | Nazwisko | |
| 3. | Płeć | |
| 4. | Adres zamieszkania lub pobytu | |
| 4.1. | Województwo | |
| 4.2. | Powiat | |
| 4.3. | Gmina | |
| 4.4. | Kod pocztowy / Poczta | |
| 4.5. | Ulica nr domu / nr mieszkania | |
| 5. | PESEL | |
| 6. | Adres e-mail | |
| 7. | Nr telefonu | |

III. KWESTIONARIUSZ ZDROWIA

| Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Panu/Pani następujące problemy? (Proszę zaznaczyć odpowiedź znakiem "X") | Wcale nie dokuczały | Kilka dni | Więcej niż połowę dni | Niemal codziennie |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|-----------------------|-------------------|
| 1. Niewielkie zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności z wykonywania czynności | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen, albo zbyt długi sen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Uczucie zmęczenia lub brak energii | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Brak apetytu lub przejadanie się | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Poczucie niezadowolenia z siebie — lub uczucie, że jest się do niczego, albo że zawiódł/zawiodła Pan/Pani siebie lub rodzinę | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Problemy ze skupieniem się na przykład przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Poruszanie się lub mówienie tak wolno, że inni mogliby to zauważyć? Albo wręcz przeciwnie — niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą niż zwykle | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Myśli, że lepiej byłoby umrzeć, albo chęć zrobienia sobie jakiejś krzywdy | 0 | 1 | 2 | 3 |

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Jeżeli zaznaczył/-a Pan/Pani którekolwiek z problemów, jak bardzo utrudniły one Panu/Pani wykonywanie pracy, zajmowanie się domem lub relacje z innymi ludźmi?

W ogóle utrudniły

Trochę utrudniły

Bardzo utrudniły

Niezmiernie utrudniły

IV. WARUNKI TECHNICZNE

Oświadczam, że:

| | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1. | Posiadam umiejętność obsługi smartfona, tabletu lub komputera | TAK | NIE |
| 2. | Posiadam dostęp do szerokopasmowego Internetu | TAK | NIE |
| 3. | Posiadam smartfon, tablet lub komputer wraz z kamerką i mikrofonem | TAK | NIE |

V. OŚWIADCZENIA I OBLIGATORYJNE ZGODY PACJENTA DO ZAKWALFIKOWANIA DO UCZESTNICTWA W PROGRAMIE

1. Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.

.....
Podpis i data złożenia podpisu – wypełnia pacjent lub opiekun prawny

2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z zapisami Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Wdrażanie i wykorzystanie wideokonsultacji w diagnostyce i leczeniu depresji model telemedyczny w dziedzinie psychiatrii”, i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nim zawartych oraz, że spełniam wszystkie warunki uczestnictwa w Projekcie.

.....
Podpis i data złożenia podpisu – wypełnia pacjent lub opiekun prawny

3. Oświadczam, że uzyskałem/am informacje dotyczące ww. Projektu oraz otrzymałem/am wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym projekcie i jestem świadomy/a faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w w/w projekcie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

.....
Podpis i data złożenia podpisu – wypełnia pacjent lub opiekun prawny

4. Oświadczam, że uzyskałem/am informacje dotyczące ochrony danych osobowych i związanych z nimi informacjami o moim zdrowiu w związku z uczestnictwem w Projekcie.
Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i związanych z nimi danych o moim zdrowiu przetwarzanych w ramach Projektu. Jestem świadomy/a faktu, że w każdej chwili mogę wycofać tę zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny.

.....
Podpis i data złożenia podpisu – wypełnia pacjent lub opiekun prawny

5. Ja niżej podpisany/a: na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994r (Dz. U. z 2018, poz. 1191 ze zm.) o prawie autorskim i prawach pokrewnych oświadczam, że wyrażam zgodę na utrwalanie i przetwarzanie mojego wizerunku i głosu w związku z prowadzonymi wideokonsultacjami w ramach Projektu.
Jednocześnie oświadczam, że ww. materiały z moim udziałem nie naruszają moich dóbr osobistych.

.....
Podpis i data złożenia podpisu – wypełnia pacjent lub opiekun prawny

Pouczenie: Podpisanie wyżej wymienionych oświadczeń jest obowiązkowe. Pacjent musi spełnić wszystkie warunki wskazane w oświadczeniach. Niespełnienie chociażby jednego wyklucza go z możliwości udziału w projekcie. Stwierdzenie poświadczenia nieprawdy jest przesłanką do

Załącznik nr 4 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego i Mechanizmu Finansowego EOG na lata 2014-2021

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 RODO¹ informujemy, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych*) jest Minister Zdrowia z siedzibą w Warszawie (00-952), przy ul. Miodowej 15, z którym można kontaktować się listownie lub za pomocą e-mail: kancelaria@mz.gov.pl.
- 2) Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym mogą się Państwo kontaktować poprzez e-mail: iod@mz.gov.pl lub listownie na adres siedziby administratora. Z inspektorem ochrony danych można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
- 3) Państwa dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji projektów realizowanych w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego i Mechanizmu Finansowego EOG na lata 2014 — 2021 oraz monitorowania procesu utrzymania trwałości projektów, a także przechowywania dokumentów dotyczących tychże projektów.
- 4) Przetwarzanie danych osobowych odbywa się w związku:
 - a) z wykonywaniem przez administratora zadań realizowanych w interesie publicznym lub ze sprawowaniem władzy publicznej powierzonej administratorowi — art. 6 ust. 1 lit. e RODO, wynikające z:
 - Memorandum of Understanding wdrażania Mechanizmu Finansowego EOG na lata 2014-2021 pomiędzy Islandią, Księstwem Lichtensteinu i Królestwem Norwegii a Rzeczpospolitą Polską;
 - Memorandum of Understanding wdrażania Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2014-2021 pomiędzy Królestwem Norwegii a Rzeczpospolitą Polską;
 - Regulacji w sprawie wdrażania Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2014-2021 przyjęte przez Norweskie Ministerstwo Spraw Zagranicznych w dniu 23 września 2016 r. zgodnie z art. 10.5 Umowy pomiędzy Królestwem Norwegii a Unią Europejską w sprawie Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2014-2021, z późn. zm.;
 - Regulacji w sprawie wdrażania Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego na lata 2014-2021 przyjęte przez Komitet Mechanizmu Finansowego EOG w dniu 8 września 2016 r., zgodnie z art. 10.5 Protokołu 38C do

¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

- Umowy o EOG i zatwierdzone przez Stały Komitet Państw EFTA w dniu 23 września 2016 r., z późn. zm.;
- Umowy w sprawie Programu z dnia 12 września 2019 r. zawartej pomiędzy Ministrem Inwestycji i Rozwoju a Ministrem Spraw Zagranicznych Królestwa Norwegii w sprawie dofinansowania Programu „Zdrowie”;
 - Umowy w sprawie Funduszu Współpracy Dwustronnej z dnia 4 września 2018 r. zawartej pomiędzy Ministrem Inwestycji i Rozwoju a Komitetem Mechanizmu Finansowego i Norweskim Ministerstwem Spraw Zagranicznych;
 - Porozumienia w sprawie realizacji Programu pn. „Zdrowie” w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 zawartego pomiędzy Ministrem Finansów, Inwestycji i Rozwoju a Ministrem Zdrowia z dnia 18 listopada 2019 r.
- b) z realizacją umowy, gdy osoba, której dane dotyczą, jest jej stroną, a przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do jej zawarcia oraz wykonania (art. 6 ust. 1 lit. b RODO).
- 5) Państwa dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do ich odbioru, w tym państwa trzecie, nienależące do UE, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
 - 6) Państwa dane osobowe są przechowywane przez okres niezbędny do monitorowania procesu utrzymania trwałości projektów oraz przechowywania dokumentów dotyczących projektów realizowanych w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego i Mechanizmu Finansowego EOG na lata 2014-2021.
 - 7) Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz otrzymywania ich kopii, prawo ich sprostowania oraz prawo ograniczenia przetwarzania danych.
 - 8) Podanie przez Państwa danych osobowych jest warunkiem koniecznym do utrzymania trwałości projektu w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego 2014-2021 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021.
 - 9) Nie przetwarzamy Państwa danych w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.
 - 10) Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa). Mogą to Państwo zrobić, jeśli uznają, że przetwarzamy dane osobowe z naruszeniem przepisów prawa.

***) poza danymi medycznymi**

Załącznik nr 5 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych i powiązanych z nimi danych o zdrowiu Pacjenta w ramach Projektu pn. „Wdrażanie i wykorzystanie wideokonsultacji w diagnostyce i leczeniu depresji model telemedyczny w dziedzinie psychiatrii” dofinansowany ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego i Mechanizmu Finansowego EOG na lata 2014-2021 i budżetu państwa, realizowanego zgodnie z Programem „Zdrowie” w ramach NMF 2014-2021

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 RODO¹ informujemy, że:

- 1) Administratorem Pana/Pani danych osobowych i powiązanych z nimi danych o zdrowiu jest: Promotor Projektu - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Szczecinie, ul. Jagiellońska 44, 70-382 Szczecin, e-mail: sekretariat@spzozmswia.szczecin.pl
- 2) Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych dla Projektu, z którym mogą się Państwo kontaktować poprzez e-mail: iodprojektu@spzozmswia.szczecin.pl lub listownie na adres siedziby administratora. Z inspektorem ochrony danych można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych i powiązanych z nimi danych o zdrowiu Pacjenta oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
- 3) Państwa dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji Projektu pn. „Wdrażanie i wykorzystanie wideokonsultacji w diagnostyce i leczeniu depresji model telemedyczny w dziedzinie psychiatrii” dofinansowany ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego i Mechanizmu Finansowego EOG na lata 2014-2021 i budżetu państwa, zwany w niniejszym dokumencie „Projektem”, oraz monitorowania procesu utrzymania trwałości projektów, a także przechowywania dokumentów dotyczących tychże projektów.
- 4) Przetwarzanie danych osobowych i danych o zdrowiu Pacjenta odbywa się w związku z realizacją umowy nr 71NMF12159/401/2023/399 z dnia 6 kwietnia 2023 r. zawartej pomiędzy Administratorem danych a Skarbem Państwa - Ministrem Zdrowia, pełniącym funkcję Operatora Programu dla Programu „Zdrowie” w ramach NMF 2014-2021, z siedzibą przy ul. Miodowej 15 w Warszawie (kod pocztowy 00-952).
- 5) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych i o zdrowiu na podstawie przepisów prawa oraz inne podmioty, w tym podmioty lecznicze, z którymi zawarto umowy powierzenia przetwarzania danych w celu udzielania świadczeń medycznych, prowadzenia obsługi administracyjnej, informatycznej, rozliczeniowej;
- 6) Okres przez jaki będą przechowywane dane (dokumentacja medyczna) wynika z art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i wynosi 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu.
- 7) Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz otrzymania ich kopii, prawo ich sprostowania oraz prawo ograniczenia przetwarzania danych.
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych jest warunkiem koniecznym do uczestnictwa w Projekcie.
- 9) Nie przetwarzamy Państwa danych w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.
- 10) Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa). Mogą to Państwo zrobić, jeśli uznają, że przetwarzamy dane osobowe z naruszeniem przepisów prawa.

¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1, z późn. zm.).