**Informovaný souhlas pacienta s účastí na programu**

**„Podpora zdraví, zvyšování efektivity a kvality zdravotní péče pro rok 2020“**

**a souhlas se zpracováním osobních údajů**

Pacient/-ka

jméno a příjmení: ………………………………………………………….r.č. ………………………

praktického lékaře MUDr. …………………………………………………………………………….

svým podpisem stvrzuje svůj zájem účastnit se za níže uvedených podmínek na projektu „Léky bezpečně a účelně“ organizovaném institucí Průvodce pacienta, z.ú., v rámci programu „Podpora zdraví, zvyšování efektivity a kvality zdravotní péče pro rok 2020“ (dále jen Program).

Prostřednictvím svého praktického lékaře se pacient obrací na klinického farmaceuta e-Poradny za účelem zhodnocení svého farmakoterapeutického režimu. Přínosem pro pacienta bude vyznat se v lécích, které užívá, vědět o případných nežádoucích účincích, lékových či potravinových interakcích, tj. vzájemná nesnášenlivost léčiv, duplicity (používání léků se stejnou či podobnou účinnou látkou) a poukázat na konkrétní potraviny a byliny, které mohou mít při souběžném užívání s léky také negativní účinek. Účast na Programu není pacientovi placena a zdravotní služba spojená s Programem je pacientovi poskytována bezúplatně.

Praktický lékař po podpisu tohoto dokumentu předá klinickému farmaceutovi e-Poradny elektronicky zaheslovaný „Požadavek na zhodnocení farmakoterapeutického režimu klinickým farmaceutem“ (dále jen Požadavek), který vyplní dle údajů ze zdravotnické dokumentace pacienta, případně informací aktuálně doplněných pacientem. Po odborném posouzení farmakoterapeutického režimu pacienta zašle klinický farmaceut z e-Poradny své doporučení k dalšímu postupu v medikaci praktickému lékaři. S doporučením praktický lékař seznámí pacienta při jeho nejbližší návštěvě a navrhne mu další léčebný postup.

K zajištění ochrany osobních údajů pacienta bude na Požadavku uváděna jeho identifikace kódem. Klíč spojující kód s totožností pacienta bude znám pouze praktickému lékaři a bude zaznamenán do zdravotnické dokumentace pacienta. Další komunikace a informace se třetími osobami bude vedena výhradně pod kódem. Tím není dotčeno právo pacienta dát pokyn svému praktickému lékaři nebo souhlas k nakládání s jeho údaji jiným způsobem.

Informace získané od pacienta a z jeho zdravotnické dokumentace v rámci Programu budou využity praktickým lékařem pro zajištění další zdravotní péče. Dále mohou být využity praktickým lékařem, klinickým farmaceutem a dalšími osobami pro realizaci Programu, vědecké a publikační účely. Za tímto účelem budou osobní údaje shromážděny, uloženy, používány, měněny v případě nahlášení změny. Shromážděná data budou zpracovávána, včetně jejich případné publikace, statisticky. Zdrojová data pacienta vedená klinickým farmaceutem budou zlikvidována do 31. 12. 2021. Informace shromážděné praktickým lékařem jsou součástí zdravotnické dokumentace a bude s nimi nakládáno v souladu se zákonem o zdravotních službách. Osobní údaje nebudou využívány k rozhodnutím založeným čistě na bázi automatizovaného zpracování, ani profilování.

Správcem osobních údajů je Průvodce pacienta, z.ú., IČO 07176074, Pštrossova 10, 110 00 Praha 1, e-mail: [Ivana.plechata@pruvodcepacienta.cz](mailto:Ivana.plechata@pruvodcepacienta.cz), tel.: 605287807.

Pacient má právo požadovat od správce přístup k osobním údajům, jejich opravu nebo výmaz (vyjma záznamů a součástí zdravotnické dokumentace), popřípadě omezení zpracování, a vznést námitku proti zpracování, jakož i přenositelnost osobních údajů.

Pacient prohlašuje, že byl svým praktickým lékařem seznámen s účelem a cílem Programu, byl mu předložen k nahlédnutí formulář „Požadavek na zhodnocení farmakoterapeutického režimu klinickým farmaceutem“, měl možnost položit doplňující dotazy a bylo mu na ně srozumitelně odpovězeno. Potvrzuje, že porozuměl(a) výše uvedeným účelům zpracování, operacím zpracování a všem výše uvedeným informacím a souhlasím se svou účastí na Programu a zpracováním jeho osobních údajů, jak je shora uvedeno.

V ………………………..…. dne ………….. 2020

………………………………………………...

podpis pacienta

seznámení provedl: …………………………………………….

podpis praktického lékaře

1x k založení do zdravotnické dokumentace

1x k převzetí pacientem