

Izjava o sudjelovanju i suglasnosti

Program liječenja kroničnih bolesnika „Therapie Aktiv – diabetes pod kontrolom“

.....
Titula, ime i prezime osigurane osobe

.....
Broj socijalnog osiguranja

.....
Nositelj socijalnog osiguranja

.....
Adresa (ulica, poštanski broj, mjesto)

Therapie Aktiv je dobrovoljni program skrbi za dijabetičare tipa 2, koji je namijenjen poboljšanju kvalitete liječenja i njege u Austriji. Pritom je zaštita vaših osobnih podataka za nas od posebnog značaja. Izričito vas napominjemo da niste obvezni sudjelovati u programu odn. dati svoje podatke za svrhe navedene u nastavku. Sudjelovanje u programu nije moguće ako se ne daju svi potrebni podatci.

Suglasnost za obradu osobnih podataka

U vezi sa sudjelovanjem u programu izričito sam suglasan/-na da se podatci spremjeni u izjavi o sudjelovanju i suglasnosti te podatci o riziku koje je prikupio moj liječnik (*sljepilo (da/ne), pretraga očiju u zadnjih 12 mjeseci (da/ne), pušač/pušačica (da/ne), indeks tjelesne mase >26 (da/ne), krvni tlak >140/90 (da/ne), godina obuke o dijabetesu*) prosljede nadležnoj službi za administraciju programa Therapie Aktiv moje savezne pokrajine (Österreichische Gesundheitskasse). Služba za bolesti diabetes mellitus, organizacije, provedbe i obavljanja programa, kao i izradu statistika.

Pored toga, suglasan/-na sam da se moj liječnik najmanje jednom godišnje obavijesti o mojem statusu sudjelovanja uključujući ime, broj socijalnog osiguranja i nositelja socijalnog osiguranja.

Prestanak/opoziv sudjelovanja u programu odn. suglasnosti za obradu podataka

Sudjelovanje u programu odn. suglasnost za obradu podataka mogu okončati/opozvati u svakom trenutku bez navođenja razloga kod mog liječnika ili službe za administraciju programa Therapie Aktiv (Österreichische Gesundheitskasse, Kremser Landstraße 3, A-3100 St. Pölten, br. tel. +43 5 0766-123107, e-pošta: niederoesterreich@therapie-aktiv.at, a da to neće imati nikakav utjecaj na zakonitost obrade podataka koja je uslijedila na temelju izjave o sudjelovanju i suglasnosti do trenutka odjave/opoziva.

Svojim potpisom potvrđujem da želim sudjelovati u programu Therapie Aktiv. S tim u vezi izričito sam suglasan/-na s obradom osobnih podataka u navedene svrhe.

.....
Datum

.....
Potpis osigurane osobe

Popunjavanje liječnik:

☐ Prvi upis

☐ Promjena liječnika

☐ Ponovni upis

.....
Titula, ime i prezime liječnika, broj ugovornog partnera

.....
Adresa

.....
Datum, potpis liječnika, pečat ordinacije

Regionalno zdravstveno osiguranje ÖGK (Kremser Landstraße 3, A-3100 St. Pölten, službenik za zaštitu podataka: dsb@oegk.at) obrađuje isključivo navedene osobne podatke koje je prosljedio liječnik u programu Therapie Aktiv. Informacije u skladu s čl. 13. i 14.

Opće uredbe o zaštiti podataka koje se odnose na obradu vaših osobnih podataka naći ćete na www.gesundheitskasse.at/datenschutz. U svakom trenutku imate pravo na informacije, ispravke, brisanje ili ograničenje obrade vaših spremjenih podataka, pravo na prigovor protiv obrade te pravo na prijenos podataka shodno uvjetima prava na zaštitu podataka. Prigovore možete uputiti Austrijskoj službi za zaštitu podataka (Österreichische Datenschutzbehörde), Wickenburggasse 8, 1080 Wien.