

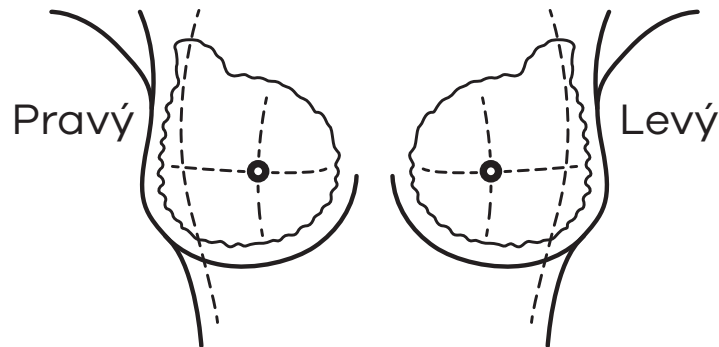
## Mamografický screening - dotazník rizikových faktorů

### SPRÁVNOU ODPOVĚĚ ZAŠKRTNĚTE

- ANO  NE **1. Pozorujete stálé či nové změny ve Vašich prsech (hmatné zduření – bulka, vtažená pokožka, změny barvy pokožky, asymetrie, výtok z bradavek aj.)?**

Pokud ano, blíže specifikujte vyznačením na obrázku stranu a místo obtíží:

- délka trvání obtíží:
- charakter obtíží:



- ANO  NE **2. Podstoupila jste operaci, plastiku prsu nebo odběr vzorku z prsu?**

operaci  plastiku  odběr vzorku

Pokud ano, uveďte prosím na jakém prsu:  pravý  levý

a datum zákroku .....

- ANO  NE **3. Vyskytl se u Vás nebo ve Vaší rodině zhoubný nádor prsu, vaječníku či jiné zhoubné nádorové onemocnění?**

Pokud ano, uveďte prosím, u jakého člena rodiny a v kolika letech byl

u příbuzného nádor zjištěn:  vaječníku  prsu  jiné .....

babička, věk ....., matka, věk ....., sestra, věk .....

dcera, věk ....., teta, věk .....

- ANO  NE **4. Vylučujete těhotenství?**

- ANO  NE **5. Byla jste na mamografickém vyšetření v průběhu posledních 2 let na jiném mamografickém pracovišti?**

Pokud ANO napište název pracoviště .....

- ANO  NE **6. Užíváte nebo užívala jste hormonální léčbu (jinou než hormonální antikoncepci)?**

Jestliže ANO uveďte dobu užívání .....

**Obratte** ↗

## SOUHLAS SE ZAPOJENÍM DO VĚDECKÉHO, STATISTICKÉHO ŠETŘENÍ A MAMOGRAFICKÉHO SCREENINGOVÉHO PROGRAMU

Vylučně v souvislosti s provedením mamoscreeingového vyšetření souhlasím se zapojením mé osoby do realizaci vědeckého a statistického šetření a dále také realizaci šetření v rámci mamografického screeningového programu.

### DORUČOVÁNÍ: Souhlasím s tím, aby výsledky z mamografického screeningu byly v listinné podobě doručeny jako obyčejná poštovní zásilka následujícím poskytovatelům zdravotních služeb: ANO NE

1. indukujícímu poskytovateli zdravotních služeb (povinné odeslání)  
(tzn. poskytovateli zdravotních služeb ve smyslu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších právních předpisů, který mi na mamografické vyšetření vypsál žádanku.)

k rukám lékaře: .....

2. další poskytovatel zdravotních služeb (dobrovolné odeslání)

k rukám lékaře: .....

### OZNÁMENÍ: Souhlasím se zasíláním informační SMS zprávy o stavu vyšetření. ANO NE

Poskytovatel pacientku poučil, že v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb obsahují lékařské zprávy, výsledky z mamografického screening a další výstupy a dokumenty osobní údaje a zvláštní kategorii osobních údajů pacienta (dříve citlivé údaje), které budou na žádost pacientky zaslány výše uvedenému příjemci (popř. příjemcům), a to nezabezpečeným způsobem se všemi důsledky jako je nedoručení nebo případné zneužití zasláných informací. Poskytovatel výslovně pacientku upozornil, že takto postupuje na její žádost a nenese žádnou odpovědnost za případné chybné, neúplné či jinak nežádoucí doručení či nakládání s těmito informacemi. Zaškrtnete-li, že nesouhlasíte se specifikovaným způsobem doručení, bude v takovém případě nevyhnutelné, abyste si výsledky z mamografického screeningu vyzvedla u poskytovatele zdravotních služeb, v jehož zdravotnickém zařízení Vám byl mamografický screening proveden.

## SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

subjekt údajů:

osobní jméno a příjmení: ....., dat. nar. ....

adresa místa trvalého pobytu: .....

tel. číslo: ....., emailová adresa: .....@.....

správce osobních údajů:

**EUC Klinika Brno s.r.o.**, IČ: 285 87 367, se sídlem Jánská 444/2, Brno, PSČ: 602 00, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném u Krajského soudu v Brně oddíl C, vložka 94816 (dále jen „**správce**“)

pověřenec pro ochranu osobních údajů:

**Ing. Jiří Benedikt**, tel.: +420 731 546 921, emailová adresa: jiri.benedikt@euc.cz

1. Tímto dávám správci souhlas se zpracováním svých osobních údajů, které o mne správce získal jak v rámci formuláře, jehož součástí je tento souhlas se zpracováním osobních údajů, tak i dále v průběhu poskytování zdravotních služeb ve smyslu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších právních předpisů (dále souhrnně jen „**osobní údaje**“).
2. Právním důvodem zpracování osobních údajů je tento souhlas se zpracováním osobních údajů.
3. Tímto souhlasím, aby správce mé osobní údaje zpracovával k následujícímu účelům (popř. účelů):
  - zajišťování pozvání na preventivní zdravotní prohlídky nebo k jiné podobné komunikaci mající souvislost s mamoscreeingem, a to v nejrůznějších formách;
  - realizace marketingových aktivit spočívajících v kontaktování a předkládání nabídek na služby a zboží nabízené správcem a dalšími poskytovateli zdravotních služeb ve smyslu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších právních předpisů, kteří působí v rámci zdravotnické skupiny EUC (tzn. takoví poskytovatelé zdravotních služeb, kteří jsou alespoň z části vlastněni správcem);
  - realizace průzkumu společenosti se službami, které mu budou poskytovány správcem a spočívají v:
    - organizaci, řízení a poskytování zdravotních služeb ve smyslu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „**zákon o zdravotních službách**“);

#### Poznámka zvlášť důležité povahy

Pokud s některým z výše uvedených účelů zpracování nesouhlasíte, tak prosím takový nežádoucí účel zpracování nezaškrtněte a správce v takovém případě bude na základě tohoto souhlasu oprávněn zpracovávat osobní údaje pouze v rámci zbývajících (tzn. zaškrtnutých) účelů (popř. účelů).

4. Tímto dále souhlasím se zpracováním svých osobních údajů za účelem šíření sdělení prostřednictvím elektronického kontaktu (e-mailu), a to v souladu s výše uvedeným účelem zpracování osobních údajů. Součástí každé jednotlivé zprávy tvořící zmíněné sdělení vždy bude jasná a zřetelná možnost jednoduchým způsobem, zdarma nebo na účet správce odmítnout zaslání dalších sdělení. Odmítnutí zaslání dalších sdělení prostřednictvím e-mailu není odvoláním tohoto souhlasu se zpracováním osobních údajů.
5. Tímto beru na vědomí, že správce nebude mé osobní údaje předávat dalším osobám, s výjimkou případů, kdy se bude jednat o zpracování osobních údajů pro správce v souvislosti s plněním, které si správce objednal od takové další osoby, která se bude nacházet v právním postavení zpracovatele osobních údajů ve smyslu NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů).
6. Souhlasím, aby správce mé osobní údaje zpracovával k výše uvedeným účelům (popř. účelů) a uchovával po dobu trvání výše uvedených účelů (popř. účelů), nejdéle však po dobu 5-ti (slovy: pěti) let ode dne udělení tohoto souhlasu.
7. Jsem si vědom/a, že tento souhlas mohu kdykoliv odvolat. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování osobních údajů vycházejících ze souhlasu, který byl dán před odvoláním (odvolání souhlasu nemá účinky zpětně). Odvolání lze učinit jednostranným písemným prohlášením vůči správci, doručeným do místa sídla správce. Pokud souhlas odvolám, mohu požadovat, aby správce záznam a upravený záznam vymazal.
8. Jsem si vědom/a svého práva na přístup k osobním údajům. Mohu po správci požadovat informace o účelech (popř. účelů) zpracování, kategoriích dotčených osobních údajů, případných příjemcích osobních údajů, plánované době, po kterou budou osobní údaje uloženy. Správce je povinen na mou žádost poskytnout i kopii záznamu/upraveného záznamu.
9. Jsem si vědom/a svého práva požadovat, aby mi správce poskytl ve strukturovaném, běžně používaném a strojově čitelném formátu osobní údaje, které jsou zpracovány, a případně tyto předal jinému správci, kterého určím.
10. Jsem si vědom/a svého práva, v případě podezření na nezákonný postup správce při zpracování osobních údajů, podat podnět/stížnost Úřadu pro ochranu osobních údajů ([www.uoou.cz](http://www.uoou.cz)).
11. Tento souhlas je svobodným, konkrétním, informovaným a jednoznačným projevem mé vůle a uděluji jej dobrovolně a bezplatně.

V ..... dne ....., podpis subjektu údajů: .....

Vyplněný dotazník zůstává součástí mamografické dokumentace klientky v centru.

| Datum | Podpis |
|-------|--------|
|       |        |
|       |        |