



Poliklinika Medikol

## PRIVOLA ZA OBRADU OSOBNIH PODATAKA

OB-136/2

### PODACI O PACIJENTU

Ime i prezime:

Adresa:

OIB:

### Podaci o zakonskom zastupniku /skrbniku Pacijenta

Ime i prezime:

Adresa:

OIB:

Pravna osnova zastupanja:

Svojom potpisom izjavljujem da sam primio/la, pročitao/la i shvatio/la „**OBAVIJEST O OBRADI OSOBNIH PODATAKA PACIJENATA**“ POLIKLINIKE MEDIKOL kojom mi se daje pojašnjenje na koji način POLIKLINIKA MEDIKOL obrađuje moje osobne podatke.

Datum i mjesto: \_\_\_\_\_

Potpis: \_\_\_\_\_

### Svojom potpisom Pacijent / zastupnik Pacijenta na dnu privole pristaje da Poliklinika Medikol:

1. Osobne podatke Pacijenta zajedno s uzorkom za analizu šalje u suradnu zdravstvenu ustanovu na obradu, a sve u svrhu cjelovitog pružanja tražene zdravstvene usluge.

DA

NE

2. Dijeli osobne podatke Pacijenta (uključujući i nužni dio medicinske dokumentacije) o izvršenoj zdravstvenoj usluzi na traženje osiguravajućeg društva osiguranika, a s kojim Poliklinika Medikol ima poslovnu suradnju.

DA

NE

3. Dostavi na Pacijentov zahtjev njene/njegove medicinske nalaze, uključujući i kopije nalaza na elektroničku (e-mail) adresu naznačenu na ovoj privoli:

DA

NE

4. Pacijentove osobne podatke (medicinsku dokumentaciju) na njen/njegov zahtjev dostavi (elektroničkom) poštom liječniku / zdravstvenoj ustanovi naznačenima u zahtjevu.

DA

NE

5. Pacijentove osobne podatke (medicinsku dokumentaciju, uključujući i kopije medicinske dokumentacije) na njen/njegov zahtjev preda niže navedenoj osobi kao Preuzimatelju:

DA

NE

6. Pacijentove osobne podatke koje je dao/la u svrhu pružanja tražene zdravstvene usluge (realizacija traženog genskog testa), prosljedi zajedno s DNK uzorkom na analizu u suradnu ustanovu Poliklinike Medikol, a sve u svrhu cjelovitog pružanja tražene zdravstvene usluge.

DA

NE

7. Fotodokumentaciju tretiranog područja Pacijenta izrađenu prije zdravstvenog tretmana, na kontrolnom pregledu te nakon zdravstvenog tretmana koristi radi praćenja tijeka zdravstvene usluge od strane liječnika:

DA  NE

a) radi objave u znanstvene svrhe (objavu fotodokumentacije u stručnim / znanstvenim člancima, odnosno publikacijama, na stručnim seminarima / skupovima i slično),

DA  NE

b) radi objave u promotivnim tiskanim materijalima Poliklinike Medikol,

DA  NE

c) radi objave na korisničkom računu Poliklinike Medikol na društvenoj mreži LinkedIn,

DA  NE

d) radi objave na korisničkom računu Poliklinike Medikol na društvenoj mreži Facebook,

DA  NE

e) radi objave na korisničkom računu Poliklinike Medikol na društvenoj mreži Instagram,

DA  NE

f) radi objave na Internet stranici Poliklinike Medikol,

DA  NE

g) radi objave na korisničkom računu Poliklinike Medikol na društvenoj mreži TikTok.

DA  NE

8. Upotrijebi Pacijentove osobne podatke u svrhu prethodnog kontaktiranja Pacijenta radi provođenja znanstvenih istraživanja.

DA  NE

**Potpis Pacijenta / zastupnika Pacijenta:** \_\_\_\_\_

Datum:

**NAPOMENA:**

Privolu za obradu osobnih podataka možete povući u svako doba i to pisanom obavijješću dostavljenom na adresu sjedišta Voditelja obrade - Poliklinika MEDIKOL sa sjedištem u Zagrebu (Grad Zagreb), Voćarska cesta 106, OIB: 57970181621 ili putem elektroničke pošte (e-mail) [zop@medikol.hr](mailto:zop@medikol.hr).

Povlačenje privole ne utječe na zakonitost obrade do dana povlačenja. Obrazac zahtjeva za ostvarivanje prava dostupan je na Internet stranici [www.medikol.hr](http://www.medikol.hr).