

## Informovaný souhlas pacienta se zpracováním osobních údajů

Pacient(ka) – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Kontakt (telefon / e-mail):	

### **Souhlas se zpracováním osobních údajů ve výzkumném projektu**

S ohledem na můj dobrovolný souhlas s odběrem a uchováním mého biologického materiálu v biobance a s jeho použitím pro vědu a výzkum tímto uděluji svůj souhlas se zpracováním mých osobních údajů v souvislosti s Nařízením (EU) č. 2016/679, obecným nařízením o ochraně osobních údajů (dále jen "GDPR").

Mé osobní údaje budou zpracovávány **Fakultní nemocnicí Olomouc** se sídlem Zdravotníků 248/7, 779 00 Olomouc (dále jen "FNOL") a **Ústavem molekulární a translační medicíny Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci** se sídlem Hněvotínská 5, 779 00 Olomouc (dále jen „ÚMTM“) coby **společnými správci**, kteří povedou správu mých biologických vzorků za účelem vědy a výzkumu. Současně souhlasím s poskytnutím osobních údajů **Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky**, organizační složce státu, se sídlem Praha, Palackého náměstí 4, PSČ 128 01, IČO: 000 23 833 (dále rovněž jen „ÚZIS ČR“) coby **zpracovatelů**.

**Svůj souhlas uděluji ke zpracování mých níže uvedených osobních údajů** za účelem vyhodnocení vyšetření provedených z poskytnutého biologického materiálu ve vztahu k údajům uvedeným ve státem spravovaných zdravotních registrech. **Zpracovávat se budou tyto mé osobní údaje:**

- jméno, příjmení, datum narození, rodné číslo, adresa, případně telefon/e-mail, údaje o molekulárně-biologických vyšetřeních ve vztahu k mému biologickému materiálu a dále
- údaje o vyšetřeních vzorků mých buněk a tkání (molekulárně-biologických, cytologických a histologických) ve vztahu k údajům o výskytu nádorových a dalších civilizačních nemocí ve vyšetřované populaci vedené v Národním onkologickém registru a Národním registru hrazených zdravotních služeb.

Vaše osobní údaje budou pseudonymizovány. Vaše osobní údaje budou zpracovávány pouze ze strany FNOL, ÚMTM, UPOL a ÚZIS ČR a nebudou předávány nikomu dalšímu, ani nebudou nijak zveřejňovány. Tento souhlas udělujete na dobu nejméně 50 let.

V případě jakýchkoliv dotazů nebo žádostí týkajících se zpracování osobních údajů, včetně částečného nebo úplného odvolání souhlasu se zpracováním osobních údajů můžete kontaktovat FNOL nebo ÚMTM dopisem na adresy uvedené výše, zasláním e-mailu na [info@imtm.cz](mailto:info@imtm.cz) nebo [info@fnol.cz](mailto:info@fnol.cz), nebo se obrátit přímo na pověřence pro ochranu osobních údajů na adresu:

[dpo@upol.cz](mailto:dpo@upol.cz), nebo [poverenec.GDPR@fnol.cz](mailto:poverenec.GDPR@fnol.cz). Podrobnosti můžete nalézt na [https://www.fnol.cz/ochrana-osobnich-udaju/](https://www.fnol.cz/ochrana-osobnich-udaju) a <https://www.upol.cz/univerzita/ochrana-osobnich-udaju/>.

Tímto potvrzujete, že jsem byl(a) poučen(a) o právu na přístup k těmto údajům, jejich opravu, doplnění a výmaz, právu na omezení zpracování těchto údajů a právu podat stížnost u Úřadu pro ochranu osobních údajů. S informacemi o zpracování těchto osobních údajů jsem se seznámil(a) a jejich obsahu jsem porozuměl(a).

### **Souhlas:**

**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

Prohlašuji, že jsem byl(a) srozumitelně <b>informován/a</b> o povaze a účelu zpracování mých osobních údajů. Měl(a) jsem možnost vše si rádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl(a) jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval(a) za pro mne podstatné a potřebné vědět a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl(a). Na tyto mé dotazy jsem dostal(a) jasnou a srozumitelnou odpověď.	ANO	NE
--	-----	----

Datum	Hodina	Podpis pacienta (tky)

Jméno a příjmení lékaře, který podal informace	Podpis lékaře, který podal informace