NEONYX, s.r.o., Ambulancia klinickej psychológie NEONYX
Daniela Dlabača 978, 010 01 Žilina
Rudolfa Súľovského 518/26, 013 13 Rajecké Teplice

Poučenie a informovaný súhlas

Meno a priezvisko: ..... Rodné číslo.....

Adresa (trvalý pobyt): .....

Na základe vyšetrenia vyššie uvedenej osoby bola stanovená(é) diagnóza(y) *:

.....
.....

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný postup*:
.....
.....

Dole podpísaný(á) ..... potvrdzujem svojím podpisom, že psychológovi, ktorý ma vyšetril, som pri poskytovaní anamnestických údajov nezatajil(a) žiadne vážne ochorenie, ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované a ani súvislosti mojich psychických ťažkostí.

Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som bol(a) počas dnešného psychologického vyšetrenia informovaný(á) o povahe môjho ochorenia, ťažkostí, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach psychologickej intervencie, ktorá mi má byť poskytnutá, vrátane diagnostických alebo terapeutických postupov, ako aj o možných následkoch a rizikách spojených s navrhovanou psychologickou starostlivosťou.

Bol som tiež poučený(á) o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia psychologickej starostlivosti. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou dostatočného času slobodne sa rozhodnúť.

Potvrdzujem svojim podpisom súhlas so storno poplatkom za zrušenie dohodnutého termínu (sedenia) menej ako 24 hodín pred termínom v sume 100% z ceny sedenia.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovanými diagnostickými a intervenčnými postupmi súhlasím – nesúhlasím. **

V ..... dňa: ..... čas: ..... hodín ..... minút.

.....	.....
podpis a odtlačok pečiatky psychológa	podpis osoby, ktorej sa poskytuje psychologická starostlivosť (prípadne jej zákonného zástupcu)

*vyplní psychológ **nehodiace sa preškrtnúť

Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Meno a priezvisko: .....

udeľujete súhlas Ambulancii klinickej psychológie, NEONYX, s.r.o., so sídlom Daniela Dlabača 978, 010 01 Žilina, IČO 44788045, zapísanej v Obchodnom registri SR, oddiel Sro, vložka 51535/L (ďalej len "Správca"), aby v zmysle nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb v súvislosti so spracovaním osobných údajov a voľnom pohybe týchto údajov a o zrušení smernice 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane osobných údajov) (ďalej len "Nariadenie"), spracovával/a nasledujúce osobné údaje

- meno a priezvisko, adresu bydliska, rodné číslo, emailovú adresu, telefónne číslo;

Osobné údaje budú spracované za účelom poskytnutia psychologických služieb a poradenstva.

Súhlas na spracovanie udeľujete po dobu minimálne 20 rokov od posledného poskytnutia zdravotnej starostlivosti, a to za účelom vedenia zdravotnej dokumentácie v zmysle platnej legislatívy.

Spracovanie osobných údajov je vykonávané Správcom osobných údajov, osobné údaje však môžu spracovávať aj títo spracovatelia:

a. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý požiadal o psychologické vyšetrenie alebo terapiu;
b. Ambulantný systém HealthPro;
c. Probačný a mediačný úradník v prípade psychologického vyšetrenia, poradenstva či terapie za účelom probácie alebo mediácie obvinených, obžalovaných alebo odsúdených;
d. Príslušný policajný útvar v prípade psychologického vyšetrenia spôsobilosti žiadateľa o vydanie zbrojného preukazu a držiteľa zbrojného preukazu;
e. Príslušný policajný útvar v prípade psychologického vyšetrenia, odborného poradenstva vodičov;
f. Poskytovateľ účtovných a personálnych služieb, s ktorým má spoločnosť NEONYX, s.r.o. uzavretú zmluvu o zabezpečení týchto služieb;
g. Zamestnanci a ostatný odborne príslušný personál Správcu;
h. Prípadne ďalší poskytovatelia spracovateľských softvérov, služieb a aplikácií za účelom poloautomatizovaného spracovania osobných údajov;

Osobné údaje nebudú poskytnuté mimo územia EÚ. Súhlas so spracovaním je možné vziať kedykoľvek späť, a to zaslaním písomnej žiadosti, s prihliadnutím na zabezpečenie a uchovávanie zdravotnej dokumentácie podľa zákona o zdravotnej starostlivosti.

V zmysle Nariadenia máte právo:

- vziať súhlas so spracovaním osobných údajov kedykoľvek späť s prihliadnutím na zabezpečenie a uchovávanie zdravotnej dokumentácie podľa zákona o zdravotnej starostlivosti;
- požadovať od Správcu informáciu, aké Vaše osobné údaje spracúva,
- vyžiadať si u Správcu prístup k Vašim spracovávaným osobným údajom a požadovať o ich kópiu,
- nechať Vaše spracovávané osobné údaje aktualizovať, opraviť alebo požadovať obmedzenie ich spracovania,
- požadovať od spoločnosti vymazanie Vašich osobných údajov, pokiaľ sa nejedná o osobné údaje, ktoré je Správca povinný alebo oprávnený ďalej spracovávať podľa príslušných právnych predpisov,
- na účinnú súdnu ochranu, ak máte za to, že Vaše práva podľa Nariadenia boli porušené v dôsledku spracovania Vašich osobných údajov v rozpore s týmto Nariadením,
- v prípade pochybností o dodržiavaní povinností súvisiacich so spracovaním osobných údajov sa obrátiť na Správcu alebo na Úrad na ochranu osobných údajov

☐ Potvrdzujem, že som sa oboznámil(-a) s účelom spracúvania osobných údajov

☐ Súhlasím so spracúvaním osobných údajov

V ....., dňa: .....

.....

Podpis dotknutej osoby