

Izjava o učešću u programu i saglasnost
Program za kontrolu bolesti „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“

.....
Titula, ime i prezime osiguranika

.....
Broj socijalnog osiguranja

.....
Naziv socijalnog osiguranja

.....
Adresa (ulica / poštanski broj / mesto)

Saglasnost sa obradom ličnih podataka

U okviru učešća u programu, izričito izjavljujem da sam saglasan/saglasna da se moji podaci u Izjavi o učešću u programu i saglasnosti i podaci mog ordinirajućeg lekara o rizicima (Lični podaci i podaci o zdravlju prema listi dokumentacije, npr. krvni pritisak, indeks telesne mase, itd.) mogu dostavljati nadležnoj administrativnoj službi "Therapie Aktiv" (područno zdravstveno osiguranje (Gebietskrankenkasse) moje savezne pokrajine). Administrativna služba "Therapie Aktiv" će ove podatke, na osnovu moje saglasnosti, da obrađuje u svrhu ciljane informacije o dijabetesu melitus, organizacije, provođenja i odvijanja programa, kao i pravljenja statistike.

Dalje sam saglasan/saglasna da moj ordinirajući lekar može da bude informisan najmanje jednom godišnje o statusu mog učešća, uključujući i ime i prezime, broj i naziv osiguranja.

Okončanje/povlačenje pristanka za učešće u programu odn. saglasnosti za obradu podataka

Učešće u programu odn. saglasnost za obradu podataka mogu da okončam/povučem saglasnost u svako doba, ne navodeći razloge, kod svog lekara ili u administrativnoj službi "Therapie Aktiv" (Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Gruberstraße 77, A-4020 Linz, tel. 05 7807-102074, e-mail: leonie.benda@oegkk.at, Fax br. 05 7807-66112074), a da to ne utiče na zakonitost podataka obrađenih do povlačenja saglasnosti, na osnovu Izjave o učešću u programu i saglasnosti.

Želim aktivno da učestvujem u programu Therapie Aktiv i dogovoriću, zajedno sa svojim lekarom, terapijske ciljeve (npr. više kretanja, zdrava ishrana, prestanak pušenja, popravljavanje vrednosti krvnog pritiska i laboratorijskih vrednosti, smanjenje težine) i fokusiraću se na ove ciljeve.

Izričito pristajem da se moji lični podaci koriste u navedene svrhe.

.....
Datum

.....
Potpis osiguranika

Popunjavanje lekar:

Prva registracija

Promena lekara

Ponovna registracija

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

.....
Adresa

.....
Datum, potpis lekara, pečat ordinacije