

**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 / mjesto)

**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 ljekara o rizicima (Lični podaci i podaci o zdravlju prema listi dokumentacije, npr. krvni pritisak, indeks tjelesne 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, obrađivati u svrhu ciljane informacije o dijabetesu melitus, organizacije, provođenja i odvijanja programa, kao i pravljenja statistike.

Dalje sam saglasan/saglasna da moj ordinirajući ljekar može biti 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 okončati/povući saglasnost u svako doba, ne navodeći razloge, kod svog ljekara ili u administrativnoj službi "Therapie Aktiv" (Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Gruberstraße 77, A-4020 Linz, tel. 05 7807-102074, e-mail: [leonie.benda@ooegkk.at](mailto:leonie.benda@ooegkk.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 učestvovati u programu Therapie Aktiv i dogovoriti ću, zajedno sa svojim ljekarom, terapijske ciljeve (npr. više kretanja, zdrava ishrana, prestanak pušenja, popravljavanje vrijednosti krvnog pritiska i laboratorijskih vrijednosti, smanjenje težine) i fokusirati se na ove ciljeve.**

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

.....  
Datum

.....  
Potpis osiguranika

**Popunjavanje ljekar:**

Prva registracija

Promjena ljekara

Ponovna registracija

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

.....  
Adresa

.....  
Datum, potpis ljekara, pečat ordinacije