**Súhlas pacienta so spracúvaním osobných údajov v súvislosti s diagnostikou vzácneho ochorenia – SYNDRÓM MALÍGNEJ HYPERTERMIE (MH), ďalšom sledovaní a starostlivosti na špecializovanom pracovisku**

Meno, priezvisko:.....................................................................................

Dátum narodenia:.....................................................................................

Rodné číslo:............................................................................................

Adresa:....................................................................................................

Zákonný zástupca:...................................................................................

Telefónny kontakt (číslo/osoba):...............................................................

E-mail:.....................................................................................................

Výška pacienta:............................Váha pacienta:.............................Poisťovňa:............................

Ja, pacient, u ktorého vzniklo podozrenie na vyššie uvedené vzácne ochorenie, resp. zákonný zástupca pacienta, na základe tohto poučenia prehlasujem, že súhlasím:

* s tým, aby lekár špecializovaného pracoviska (I. Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny Univerzitnej nemocnice Bratislava, pracovisko nemocnica Ružinov) pre dané ochorenie mal prístup k mojim genetickým nálezom a mohol mi tak poskytnúť komplexné informácie vrátane návrhu ďalšieho diagnostického postupu v rodine,
* s odoslaním poskytnutých údajov do registra pacientov s rizikom malígnej hypertermie pre výhradne medicínske a vedecké účely,
* s anonymným uchovávaním a spracovaním dát pre výskumné účely.

Univerzitná nemocnica Bratislava spolupracuje s Akademickým centrom malígní hypertermie Lekárskej Fakulty Masarykovej Univerzity v Brne, ktoré vedie Register pacientov s malígnou hypertermiou.

Lekár Univerzitnej nemocnice Bratislava vypracuje diagnostický plán v súlade s potrebami a želaním pacienta.

Dovoľujeme si Vás informovať, že Vaše osobné údaje spracúvame na základe a v súlade so zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V ...............................dňa ........................... V ...............................dňa ...........................

....................................................... ...............................................................

podpis a odtlačok pečiatky lekára podpis pacienta (prípadne zákonného zástupcu)

(anestéziológ UNB)