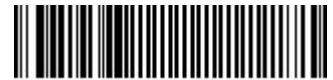




Nr donacji Z00000000000



Z0000 00 000000 8 V

KWESTIONARIUSZ DLA KRWIODAWCÓW

| | | | | | |
|------------------------|-----------------|-----------------------|------------|--------------|--------|
| Imię i nazwisko | Jan Przykładowy | Data urodzenia | 12-03-1981 | PESEL | 810312 |
|------------------------|-----------------|-----------------------|------------|--------------|--------|

INFORMACJA O CHOROBAH ZAKAŹNYCH DLA KRWIODAWCÓW
(o czym musisz wiedzieć przed oddaniem krwi)

Twoja krew zostanie zbadana, aby stwierdzić czy nie jesteś zakażony/a krętkiem kiły, wirusem HIV, wirusowym zapaleniem wątroby - WZW typu B lub C (żółtaczką zakaźną). Jeśli test wypadnie dodatnio krew nie zostanie przetoczona. Jednak przy każdej infekcji pomiędzy momentem zakażenia a chwilą, gdy staje się możliwe wykrycie go drogą badań laboratoryjnych, upływa pewien czas. W tym okresie w żadnym wypadku nie wolno oddawać krwi, ponieważ może być ona źródłem zakażenia, mimo że testy laboratoryjne są jeszcze ujemne. Nie oddawaj więc krwi, jeżeli przez ryzykowne kontakty lub zachowania narażeś/aś się na niebezpieczeństwo zakażenia. Ryzyko stwarzają:

1. Kontakty seksualne z partnerką/partnerem, których znasz krócej niż 6 miesięcy.
2. Kontakty seksualne z wieloma lub z przypadkowymi partnerkami/partnerami w ciągu ostatnich 6 miesięcy.
3. Kontakty seksualne z osobami, u których testy w kierunku HIV, kiły, żółtaczki zakaźnej wypadły dodatnio.
4. Kontakty seksualne w celu zarobkowym lub z osobami uprawiającymi seks w celu zarobkowym.
5. Aktualnie lub wcześniej stosowane narkotyki w postaci zastrzyków.
6. Kontakty seksualne z osobami stosującymi narkotyki w postaci zastrzyków.
7. Stosowanie substancji psychoaktywnych, odurzających (np. marihuany), oraz nadużywanie alkoholu.

Zdajemy sobie sprawę, że zadając te pytania wkraczamy w Twoją sferę prywatną. Jednak ryzyko przeniesienia zakażenia drogą krwi można zmniejszyć jedynie wtedy, gdy będąc dawcą dokładnie przemyślisz opisane powyżej sytuacje i skrupulatnie odpowiesz na postawione tu pytania.

Twoje dane będą traktowane poufnie. Przy pozytywnych wynikach badań (wskazujących na zakażenie) zostaniesz o tym poinformowany przez lekarza.

Ponadto informacje o dodatnich wynikach badań zostaną przekazane Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2020r. w sprawie zgłaszania wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych u ludzi (Dz.U. 2020 poz. 1118 z późn. zm.).

Dziękujemy za współpracę.

Samowykluczenie: dawca lub kandydat na dawcę krwi może bez podania przyczyny swojej decyzji zrezygnować z oddawania krwi i poinformować pracowników, że jego krew nie nadaje się do użytku. Samowykluczenie się dawcy może nastąpić w każdej chwili, czyli od momentu rejestracji, przez badania kwalifikacyjne, wywiad i badanie lekarskie, cały okres pobierania krwi, a także już po oddaniu krwi lub jej składników. Dawcy przysługuje także możliwość powiadomienia RCKiK w Wałbrzychu w formie pisemnej - wrzucenie formularza samodyskwalifikacji do skrzynki "UWAGI!" znajdującej się w miejscu ogólnodostępnym dla dawców lub za pośrednictwem adresu email samodyskwalifikacja@rckik.walbrzych.pl.

Prawidłową odpowiedź zaznacz "X"

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Czy po przeczytaniu „Informacji o chorobach zakaźnych dla krwiodawców” uważa Pan/Pani, że był/a narażony/a na ryzyko zakażenia? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 2. Czy oddawał/a już Pan/Pani krew? Jeżeli tak, to w którym roku ostatnio?..... | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 3. Czy kiedykolwiek zalecono Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi? Jeżeli tak, to z jakiego powodu? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 4. Czy czuje się Pan/Pani obecnie zdrowy/zdrowa? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 5. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorował/a Pan/Pani lub pozostawał/a pod opieką lekarza, miał/a gorączkę powyżej 38°C, biegunkę lub opryszczkę? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 6. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przechodził/a Pan/Pani zabieg stomatologiczny? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 7. Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie następujące objawy: [] nieuzasadniony spadek masy ciała, [] gorączkę o niejasnej przyczynie, [] powiększenie węzłów chłonnych, [] drgawki, [] nawracające omdlenia. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 8. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjmował/a Pan/Pani jakiegokolwiek lekarstwa (tabletki, zastrzyki, czopki, maści, lub inne)? Jeżeli tak, to jakie i kiedy? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 9. Czy w ciągu ostatnich 2 dni przyjmował/a Pan/Pani jakiegokolwiek lek, którego składnikiem jest kwas acetylosalicylowy lub piroxicam (np. aspiryna, polopiryna, acard, polocard, upсарin, etopiryna, felden)? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 10. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy stosował/a Pan/Pani leki przeciw: [] trądzikowi, [] łysieniu, [] przerostowi prostaty? Jeżeli tak, to jakie i kiedy? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 11. Czy stosował/a Pan/Pani leki, których składnikiem są: [] Acytretyna (w ciągu ostatnich 3 lat), [] Etretynat (w ciągu ostatnich 3 lat), [] Izotretynoina (w ciągu ostatniego miesiąca)? Jeżeli tak, to kiedy? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 12. Czy kiedykolwiek stosował/a Pan/Pani leki w postaci zastrzyków, które nie zostały przepisane przez lekarza (np. sterydy)? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 13. Czy nadużywa Pan/Pani alkoholu lub kiedykolwiek stosował/a środki psychoaktywne lub dopalacze, marihuanę? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 14. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/Pani szczepienia? Jeżeli tak, to jakie i kiedy? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 15. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przechodził/a Pan/Pani szczepienie z powodu narażenia na zakażenie wścieklizną? Jeżeli tak, to kiedy? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 16. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przechodził/a Pan/Pani szczepienie z powodu narażenia na zakażenie kleszczowym zapaleniem mózgu? Jeżeli tak, to kiedy? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 17. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał/a Pan/Pani poza granicami Polski? Jeżeli tak, to kiedy i gdzie? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 18. Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał/a Pan/Pani na terenach, gdzie stwierdzono przeniesienie Wirusa Zachodniego Nilu na ludzi? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 19. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w krajach Afryki Środkowej, Afryki Zachodniej lub w Tajlandii? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 20. Czy mieszkał/a Pan/Pani lub czasowo przebywał/a na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych? Jeżeli tak, to kiedy i gdzie? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 21. Czy kiedykolwiek wystąpił u Pana/Pani: | | |
| a) <input type="checkbox"/> malaria, <input type="checkbox"/> trąd, <input type="checkbox"/> gorączka Q, <input type="checkbox"/> gorączka Zachodniego Nilu, <input type="checkbox"/> zakażenie wirusem Zika, <input type="checkbox"/> inne choroby zakaźne. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| b) <input type="checkbox"/> borelioza, <input type="checkbox"/> brucelozę, <input type="checkbox"/> toksoplazmoza, <input type="checkbox"/> mononukleoza zakaźna, <input type="checkbox"/> gruźlica, <input type="checkbox"/> kiła, <input type="checkbox"/> rzeżączka. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| c) <input type="checkbox"/> zapalenie szpiku, <input type="checkbox"/> choroba krwi, <input type="checkbox"/> przedłużone krwawienia, <input type="checkbox"/> choroba naczyń krwionośnych, <input type="checkbox"/> choroba nerek, <input type="checkbox"/> choroba wątroby, <input type="checkbox"/> choroba przewodu pokarmowego, <input type="checkbox"/> cukrzyca. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| d) <input type="checkbox"/> choroba tarczycy, <input type="checkbox"/> łuszczyca, <input type="checkbox"/> choroba układowa, <input type="checkbox"/> gorączka reumatyczna, <input type="checkbox"/> padaczka, <input type="checkbox"/> choroba neurologiczna, <input type="checkbox"/> choroba psychiczna, <input type="checkbox"/> nowotwór. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| e) <input type="checkbox"/> reakcja anafilaktyczna, <input type="checkbox"/> duszność, <input type="checkbox"/> astma, <input type="checkbox"/> choroba płuc, <input type="checkbox"/> katar sienny, <input type="checkbox"/> uczulenie, <input type="checkbox"/> wyprysk/wysypka, <input type="checkbox"/> choroba skóry. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| f) <input type="checkbox"/> nadciśnienie/choroba układu krążenia, <input type="checkbox"/> dolegliwości ze strony serca, <input type="checkbox"/> zawał serca, <input type="checkbox"/> udar mózgu. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 22. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi przebył/a Pan/Pani: <input type="checkbox"/> jakiegokolwiek zabieg operacyjny, <input type="checkbox"/> szycie chirurgiczne (w tym stomatologiczne), <input type="checkbox"/> wypadek, <input type="checkbox"/> ciężką chorobę? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 23. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonano u Pana/Pani: <input type="checkbox"/> gastroskopię, <input type="checkbox"/> kolonoskopię, <input type="checkbox"/> rektoskopię, <input type="checkbox"/> bronchoskopię, <input type="checkbox"/> cystoskopię, <input type="checkbox"/> kolposkopię, <input type="checkbox"/> artroskopię, <input type="checkbox"/> laparoskopię, <input type="checkbox"/> biopsję, <input type="checkbox"/> inne badanie diagnostyczne. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 24. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi wykonywano u Pana/Pani: <input type="checkbox"/> tatuaż, <input type="checkbox"/> makijaż permanentny, <input type="checkbox"/> inne zabiegi kosmetyczne połączone z naruszeniem powłok skórnych, <input type="checkbox"/> przekłucie uszu lub innych części ciała, <input type="checkbox"/> akupunkturę, <input type="checkbox"/> odsysanie tkanki tłuszczowej, <input type="checkbox"/> depilację kosmetyczną, <input type="checkbox"/> odczulanie. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 25. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani <u>przypadkowy</u> kontakt z krwią ludzką lub przedmiotami nią zanieczyszczonymi? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 26. Czy Pana/Pani partner życiowy lub seksualny przechodził żółtaczkę zakaźną? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 27. Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę (z wyłączeniem żółtaczki fizjologicznej noworodków)? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 28. Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt w warunkach domowych z chorym na wirusowe zapalenie wątroby lub z nosicielem wirusów zapalenia wątroby? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 29. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 30. Czy ktokolwiek z Pana/Pani rodziny lub partnerów seksualnych cierpiał na chorobę Creutzfeldta-Jakoba? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 31. Czy w okresie od 01.01.1980r. do 31.12.1996r. przebywał/a Pan/Pani <u>łącznie przez co najmniej 6 miesięcy</u> na terenie Francji, Irlandii, Wielkiej Brytanii (Anglia, Walia, Szkocja, Irlandia Północna, Wyspy Normandzkie, Wyspa Man, Falklandy, Gibraltary) lub kiedykolwiek miał/a tam operację, transfuzję krwi lub terapię produktem krwiopochodnym? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 32. Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (rogówki, opony twardej, innych tkanek)? Jeżeli tak, to kiedy? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 33. Czy kiedykolwiek przyjmował/a Pan/Pani hormon wzrostu? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 34. Czy kiedykolwiek, w Polsce lub za granicą, otrzymywał/a Pan/Pani transfuzję krwi, jej składników lub produkty osoczopochodne (czynniki krzepnięcia, immunoglobuliny, albuminy)? Jeżeli tak, to jakie, kiedy i gdzie? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 35. Czy ma Pan/Pani niebezpieczną pracę lub hobby? Jeżeli tak, to jakie? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 36. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w zakładzie karnym, areszcie śledczym lub w zakładzie poprawczym, schronisku dla nieletnich albo w innym miejscu, w którym przebywają osoby, wobec których zastosowano środki zapobiegawcze o charakterze izolacyjnym? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| TYLKO DLA KOBIET | | |
| 37. Czy jest Pani obecnie w ciąży, była w ciągu ostatnich 12 miesięcy albo od ostatniego oddania krwi? Data zakończenia ciąży: | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 38. Czy była Pani kiedykolwiek w ciąży? Jeżeli tak, proszę podać liczbę ciąż i porodów oraz datę ostatniego porodu, jeśli odbył się przed wskazanym w poprzednim pytaniu: | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 39. Czy Pani miesiączkuje? Data zakończenia ostatniej miesiączki: | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 40. Czy w latach 1965-1985 otrzymywała Pani zastrzyki z hormonów w celu leczenia niepłodności? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |

Wyrażam zgodę na zabieg pobrania:

-] krwi pełnej,
-] osocza metodą plazmaferezy,
-] krwinek płytkowych metodą trombaferozy.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o rodzaju zabiegu i jego częstotliwości oraz o tym, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na oddanie krwi.

Zostałem/am poinformowany/a o sposobie przeprowadzenia zabiegu pobrania krwi i dających się przewidzieć następstwach dla mojego stanu zdrowia. **Oświadczam**, że w zgodzie z moim sumieniem i posiadaną wiedzą podane wyżej informacje o przebytych chorobach i obecnym stanie zdrowia są prawdziwe i dokładne.

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z dostarczonymi materiałami informacyjnymi i zrozumiałem/am ich znaczenie,
- miałem/am możliwość wyjaśnienia wątpliwości,
- otrzymałem/am satysfakcjonujące odpowiedzi na wszystkie zadane pytania.

Rozumiem, że mają one na celu ochronę mojego zdrowia jako dawcy i zapewnienie bezpieczeństwa biorcy krwi.

Uważam, że moja krew nadaje się do celów leczniczych.

Oświadczam, że otrzymałem w przystępnej formie informacje na temat możliwości przetworzenia oddanego przeze mnie osocza w leki w przypadku niewykorzystania go do celów klinicznych.

W przypadku wystąpienia po donacji jakiegokolwiek objawów chorobowych, **zobowiązuję się** do niezwłocznego powiadomienia lekarza w RCKiK w Wałbrzychu, tel. (74) 664-63-42, w godzinach 7:00 – 13:30.

W razie otrzymania zawiadomienia o konieczności odbioru wyników badań **zobowiązuję się** do terminowego zgłoszenia się do RCKiK w Wałbrzychu.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że jeżeli pomimo czterokrotnego zawiadomienia wyniki nie zostaną przeze mnie odebrane, Centrum Krwiodawstwa nie ponosi odpowiedzialności za konsekwencje wynikające z tego faktu.

Wyrażam zgodę, aby pobrana ode mnie krew i jej składniki zostały wydane za opłatą do podmiotów leczniczych z przeznaczeniem do celów klinicznych, zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi z dnia 22 sierpnia 1997r. (Dz. U. z 2020r. poz. 1777, z późn. zm.).

Zgoda na przechowywanie w IHiT w Warszawie materiału służącego do izolacji DNA/RNA lub izolowanego DNA/RNA po zakończeniu diagnostyki z zachowaniem tajemnicy danych oraz na wykorzystywanie mojego DNA/RNA do badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża molekularnego antygenów komórek krwi oraz dotyczących czynników zakaźnych, z zachowaniem warunków anonimowości.

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

Zgoda, aby osocze uzyskane z pobranej ode mnie krwi pełnej lub pobrane metodą aferezy, w przypadku niewykorzystania go do celów klinicznych, zostało wydane za opłatą do wytwórni farmaceutycznych jako surowiec do wytwarzania leków.

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

Uprzejmie prosimy, aby podczas pierwszej wizyty w RCKiK albo w przypadku zmiany miejsca zamieszkania albo adresu do korespondencji, która nastąpiła od ostatniego oddania krwi, wypełnić poniższe dane bądź zawiadomić RCKiK osobiście, ul. Bolesława Chrobrego 31 58-300 Wałbrzych lub telefonicznie pod numerami (74) 664-63-45 lub (74) 664-63-11.

Adres zamieszkania:.....

Adres korespondencyjny:.....

Ponadto zbieramy inne dane osobowe, tj. numer telefonu i adres e-mail **w celu możliwie szybkiego kontaktu z Panem/Panią w sprawach związanych z bezpieczeństwem krwi i jej składników oraz w celu informowania na temat oddawania krwi i jej składników w centrum RCKiK w Wałbrzychu i na ekipach wyjazdowych**. Podanie tych danych jest jednak w pełni dobrowolne i nieobowiązkowe. W każdym czasie ma Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, a także prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Numer telefonu:.....

Adres email:.....

Zgoda na przetwarzanie numeru telefonu i/lub adresu email.

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

Potwierdzam, że:

- zapoznałem/am się z informacjami zawartymi w kwestionariuszu,
- moje dane na kwestionariuszu są poprawne,
- zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną w przypadku zbierania danych od osoby, której dane dotyczą,
- udzieliłem/am wszystkich odpowiedzi zgodnie ze stanem faktycznym.

Data..... Czytelny podpis krwiodawcy.....

Data..... Podpis lekarza kwalifikującego.....

WYPEŁNIA LEKARZ W PRZYPADKU Dyskwalifikacji

Rodzaj dyskwalifikacji: Dyskwalifikacja stała Dyskwalifikacja tymczasowa

Powód dyskwalifikacji

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o przyczynie i okresie dyskwalifikacji. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku dyskwalifikacji stałej już nigdy i w żadnym miejscu nie mogę być dawcą krwi i jej składników.

Data..... Czytelny podpis zdyskwalifikowanego

Klauzula informacyjna w przypadku zbierania danych od osoby, której dane dotyczą

Podanie przez Pana/Panią danych osobowych zawartych w kwestionariuszu dla krwiodawców, poza danymi typu numer telefonu oraz adres email, jest wymogiem ustawowym koniecznym w celu pobrania krwi i jej składników. Jest Pan/Pani zobowiązany do ich podania a konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości pobrania krwi i jej składników.

Zgodnie z art.13. ust.1 i ust.2 RODO, informujemy, że:

1. **Administratorem** Pana/Pani danych osobowych jest Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa z siedzibą w Wałbrzychu 58-300, ul. Bolesława Chrobrego 31
2. **Inspektorem ochrony danych** Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Wałbrzychu jest Pan Arkadiusz Drogosz, kontakt za pomocą poczty email: iod@rckik.walbrzych.pl oraz w dni robocze od 7:00 do 14:30 pod nr tel (74)664 63 34. Jest on osobą upoważnioną w razie pytań lub wątpliwości dotyczących Pana/Pani danych osobowych.
3. Pana/Pani dane osobowe, znajdujące się w kwestionariuszu dawcy, z wyłączeniem danych: numer telefonu, adres email, będą przetwarzane na podstawie art.9 ust.2 lit. i RODO w celu pobrania krwi i jej składników w sposób zgodny z przepisami prawa krajowego, a szczególnie zgodnie z art.17 ust.1 o publicznej służbie krwi (Dz.U. z 2019r. poz.1222)
4. Pana/Pani dane osobowe: numer telefonu, adres email, będą przetwarzane zgodnie z art.6 lit. i RODO w celu możliwie możliwie szybkiego kontaktu z Panem/Panią w sprawach związanych z bezpieczeństwem krwi i jej składników, o ile na takie przetwarzanie wyraził Pan/Pani zgodę.
5. Odbiorcą Pana/Pani danych osobowych będą upoważnieni pracownicy RCKiK, Krajowy Rejestr Dawców Krwi, upoważnione podmioty współpracujące z RCKiK oraz podmioty, którym Pana/Pani dane osobowe zostaną powierzone na podstawie umów powierzenia danych osobowych.
6. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres 30 lat.
7. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do prezesa Urzędu Ochrony Danych osobowych, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy RODO.
8. Pana/Pani dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania. System informatyczny ma możliwość anonimowej oceny czynników osobowych dawców, a konsekwencją takiego przetwarzania będzie optymalizacja procesów wyszukiwania i docierania do dawców przez RCKiK.
9. Pełna wersja klauzuli informacyjnej znajduje się na stronie Regionalnego Centrum Krwiodawstwa pod adresem www.rckik.walbrzych.pl zakładka RODO - Klauzula Informacyjna dla dawców krwi.