

Formulář – motivační program pro diabetiky

Jméno a příjmení pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

Vyberte jednu z následujících možností:

- registrace do programu
- čerpání příspěvku

Glykovaný hemoglobin - HbA1c (mmol/mol)	
Obvod pasu (cm)	

Potvrzení lékaře:

Potvrzuji, že dnebyla pojištěnci zjištěna hodnota HbA1c viz výše.

V dne

Razítko a podpis lékaře:

Pozn.: Pokud formulář neobsahuje potvrzení lékaře o hodnotě HbA1c, je nutné doložit lékařskou zprávu.

Souhlas se zapojením do Motivačního programu pro diabetiky

Souhlasím se zpracováním osobních údajů Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnou, se sídlem Jeremenkova 161/11, Ostrava-Vítkovice, 703 00 Ostrava, IČO 47672234 (dále jen „ČPZP“), za účelem realizace motivačního programu ČPZP pro diabetiky, jakož i ověření a posouzení splnění podmínek pro čerpání příspěvků, a to v rozsahu údajů uvedených v tomto formuláři, jakož i v rozsahu údajů uvedených v lékařských zprávách, které bude nutné (v určitých případech) předložit za účelem posouzení splnění podmínek motivačního programu ČPZP pro diabetiky.

Souhlas je udělen na dobu trvání motivačního programu ČPZP pro diabetiky, dobu trvání účasti v motivačním programu ČPZP pro diabetiky nebo do jeho odvolání. Souhlas lze kdykoliv odvolat, a to na adrese sídla ČPZP nebo na kterékoliv pobočce ČPZP.

(Poznámka: Některé osobní údaje jsou zpracovávány ČPZP i na základě jiných právních důvodů; odvolání souhlasu se zpracováním nemá na tato jiná zpracování vliv.)

Informace ke zpracování osobních údajů jsou dostupné na www.cpzp.cz nebo na kterékoliv pobočce ČPZP.

Čestně prohlašuji, že jsem v souvislosti se svou diagnózou diabetes mellitus v pravidelné péči svého praktického lékaře nebo diabetologa a nevyhledávám v souvislosti s touto diagnózou zdravotní péči u jiných poskytovatelů zdravotních služeb, pokud k nim nejsem svým diabetologem nebo praktickým lékařem odeslán.

V.....dne.....

Podpis pojištěnce