

Katowice, dnia 16 styczeń 2018

UMOWA EVENT-HOLTER

Niniejsza Umowa (zwana dalej „Umową”) została zawarta w dniu 16 stycznia 2018. r. w Katowicach pomiędzy:

Nazwisko: **JADWIDZIC**

Imię: **MAŁGORZATA**

PESEL: **56080705504**

Adres zamieszkania: **41-310 DĄBROWA GÓRNICZA, LUDOWA 1/ m61**

Telefon:

(zwanym dalej „Pacjentem”) a,

TELEMEDYCYNAPOLSKA S.A. z siedzibą w Katowicach, 40-568 Katowice, ul. Ligocka 103, zarejestrowaną w Rejestrze Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Katowice-Wschód w Katowicach, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000352918, NIP: 6482542977, REGON: 240102536 (zwaną dalej „TMP”), reprezentowaną przez:

Karina Biesiadecka- koordynator ds.. administracyjno-biurowych, przy czym Pacjent i TMP są dalej zwani łącznie „Stronami”, a każde z nich osobno „Stroną”.

§1 Usługi i wyposażenie

1. W ramach współpracy TMP świadczyć będzie Usługę Event-Holter polegającą na odbieraniu i opisywaniu zarejestrowanych badań EKG wysyłanych samodzielnie przez Pacjenta. Pacjent przez jeden tydzień będzie podłączony do aparatu podczas swojej codziennej aktywności w dzień oraz w nocy. W momencie, kiedy następuje odczuwalny incydent, Pacjent jednym przyciskiem rejestruje badanie, które następnie automatycznie aparat wysyła do TMP. Badanie jest wysyłane za pośrednictwem modemu GPRS z kartą SIM umieszczonego wewnątrz aparatu. Aparat posiada bufor pamięci, co oznacza, że w momencie wciśnięcia przycisku przez Pacjenta badanie rejestrowane jest kilka minut przed oraz kilka minut po incydencie. W ten sposób pacjent może rejestrować krótkotrwałe incydenty nawet już po ich ustąpieniu lub dowolne, cykliczne lub niejednorodne zaburzenia rytmu serca. Nie wymaga to żadnej dodatkowej czynności od Pacjenta. Nawet jeżeli Pacjent włączy przycisk rejestracji po wyjściu z omdlenia, także zapis z chwili omdlenia jest rejestrowany.
2. Okres świadczenia Usługi: od dnia godz. do dnia godz.
3. Opłata za korzystanie z Event-Holtera przez okres 7 dni wynosi **330 zł i jest płatna z góry przed wykonaniem badań**
4. Do korzystania z Usługi niezbędny jest aparat EHO-MINI. TMP przekazuje nieodpłatnie Pacjentowi na czas trwania Umowy aparat o numerze:

5. Po upływie okresu Umowy Pacjent zobowiązuje się do zwrotu aparatu w terminie do 7 dni od daty zakończenia umowy, chyba że podpisze Aneks przedłużający świadczenie Usługi.
6. W przypadku nie zwrócenia aparatu EventHolter o którym mowa w punkcie powyżej lub zwrócenia aparatu Event-Holter w stanie nie kompletnym lub zniszczonym Pacjent zostanie obciążony opłatą za aparat kwotą w wysokości: 3 000 zł (słownie: trzy tysiące złotych 00/100).
7. W przypadku chęci korzystania z Usługi Event-Holter po upływie tygodnia Pacjentowi przysługuje prawo przedłużenia okresu świadczenia Usługi o kolejny tydzień w niższej cenie. W tym celu powinien podpisać Aneks przedłużający. Koszt korzystania z Usługi w 2 tygodniu wynosi 250 zł.

§2 Oświadczenia i Zgody Pacjenta

· Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tym danych o stanie zdrowia, zgodnie z art. 27 Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182) przez Telemedycynę Polską S.A. z siedzibą w Katowicach - administratora danych osobowych, w celu realizacji usługi Event-Holter. Udzielenie zgody jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji usługi.

· Wyrażam zgodę na udzielenie mi świadczeń zdrowotnych.

Wyrażam zgodę na przesłanie wyników badania:

· Na adres e-mail:

· Na adres zamieszkania podany powyżej

· Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych dotyczących produktów i usług oferowanych przez Telemedycynę Polską S.A. z siedzibą w Katowicach na podany wyżej adres e-mail zgodnie z ustawą z dn. 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2013 r. Nr 0, poz. 1422). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści moich danych i możliwości ich poprawiania. Jestem świadom(a), iż moja zgoda może być odwołana w każdym czasie. Zebrane dane nie będą udostępniane innym podmiotom.

· Wyrażam zgodę na otrzymywanie telefonicznych połączeń przychodzących inicjowanych przez Telemedycynę Polską S.A. z siedzibą w Katowicach w celu marketingu usług własnych zgodnie z art. 172 ustawy prawo telekomunikacyjne (Dz.U. z 2004 Nr 171 poz. 1800 ze zm.).

.....
.....

Data i podpis Pacjenta

Podpis i pieczęćka TMP

Załącznik nr 1 - Wywiad medyczny do badania Event-Holter

Załącznik nr 1 - Wywiad medyczny do badania Event-Holter

Nazwisko: JADWIDZIC

Imię: MAŁGORZATA

PESEL: 56080705504

- 1. Czy choruje Pan(i) na nadciśnienie tętnicze?
 - Nie · Tak Od
 - kiedy?
- 2. Czy choruje Pan(i) na cukrzycę?
 - Nie · Tak Od
 - kiedy?
- 3. Czy choruje Pan(i) na choroby tarczycy?
 - Nie · Tak Od
 - kiedy?
 - Jakie?.....

- 4. Czy przebył(a) Pan(i) zawał serca?
 - Nie · Tak
 - Kiedy?
- 5. Czy ma Pan(i) zdiagnozowaną miażdżycę?
 - Nie · Tak Od
 - kiedy?
- 6. Czy ma Pan(i) zdiagnozowaną ChNS?
 - Nie · Tak Od
 - kiedy?
- 7. Czy przyjmuje Pan(i) przewlekle jakieś leki?
 - Nie · Tak
 - Jakie?
- 8. Czy ma Pan(i) zdiagnozowane zaburzenia rytmu serca?
 - Nie · Tak Jakiej/Od kiedy?

Zaburzenia:

- Migotanie przedsionków, od
- Skurcze dodatkowe komorowe, od
- Skurcze dodatkowe przedsionkowe, od
- Częstoskurcze komorowe, od
- Częstoskurcze nadkomorowe, od
- Bradykardia, od
- Blok, od

- 9. Czy przebył(a) Pan(i) inwazyjny zabieg kardiologiczny?

· Nie · Tak Jaki/Kiedy?

Zabiegi:

· Angioplastyka wieńcowa, w · Implantacja stentu wieńcowego, w ..

.....

· Zabieg CABG (by-passy), w · Ablacja, w

.....

· Przeszczep serca, w · Kardiostymulator (rozzrusznik / kardiowerter - defibrator, w

· Wymieniona zastawka, w

.....

· Aortalna Jaki? .

.....

· Mitralna · Inne.....

· Trójdzielna

· Pnia płucnego

10. Inne choroby, dolegliwości, przebyte zabiegi

· Nie T a k

Jakie?