

Jakie wymagania muszą spełnić pacjenci, aby zakwalifikować się do badania?

- ✚ Wiek co najmniej 50 lat.
- ✚ Rozpoznana choroba Alzheimerera.
- ✚ Potwierdzone pobudzenie w przebiegu choroby Alzheimerera.
- ✚ Gotowość opiekuna lub partnera do uczestniczenia wraz z pacjentem na wizytach, pomocy w wypełnianiu dzienniczka opieki.



Istnieją także dodatkowe wymagania dotyczące uczestnictwa w badaniu. Przedstawiciel zespołu badawczego omówi je z Panem/Panią.

Pobudzenie w chorobie Alzheimerera występuje często, a jego objawy mogą być bardzo uciążliwe dla rodzin.

Osoby, u których występuje pobudzenie w przebiegu otępienia typu alzheimerowskiego mogą:

- ✚ Łatwo się denerwować
- ✚ Odmawiać przyjęcia leków
- ✚ Wykazywać opór, nerwowość
- ✚ Unikać czynności higienicznych
- ✚ Być niespokojnym
- ✚ Używać nieodpowiedniego języka
- ✚ Wykazywać fizyczną agresję

Więcej informacji o badaniu:

 **783 440 412**

EMC Silesia Sp. z o.o.

Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II w Katowicach
Morawa 31, 40-353 Katowice

ZGODA NA KONTAKT W SPRAWIE BADANIA KLINICZNEGO

Dane osobowe proszę wypełnić **DRUKOWANYMI LITERAMI**

Imię
Nazwisko
Telefon
Miejscowość
E-mail
Badanie w kierunku

KLAUZULA INFORMACYJNA W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku (RODO) informuję, iż:

- Administratorem Państwa danych osobowych jest EMC Instytut Medyczny S.A. z siedzibą we Wrocławiu, ul. Pilczycka 144-148 (dalej: EMC, administrator danych).
- Osobą kontaktową w sprawach ochrony danych osobowych w EMC jest Inspektor Ochrony Danych dostępny pod adresem e-mail: iod@emc-sa.pl.
- Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celach marketingowych, za pośrednictwem kanałów komunikacji, na które wyrazili Państwo zgodę, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
- Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez upoważnionych pracowników administratora danych. Odbiorcą Państwa danych mogą być zewnętrzni dostawcy usług IT - na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
- Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowych.
- Państwa dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do realizacji celu, do którego zostały pozyskane, nie dłużej jednak niż przez okres posiadania przez Państwa statusu pacjenta EMC lub do momentu wycofania udzielonej przez Państwa zgody w odniesieniu do kanałów komunikacyjnych, co do których Państwa zgoda zostanie wycofana. Potem Państwa dane zostaną usunięte.
- Possiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo 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.
- Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
- Udostępnienie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne. Nieudostępnienie danych będzie skutkowało niemożnością wykorzystania Państwa danych osobowych do celów marketingowych, za pośrednictwem kanału komunikacji, na który nie wyrazili Państwo zgodę.
- Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w formie profilowania.

KLAUZULA ZGODY

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez EMC Instytut Medyczny S.A. z siedzibą we Wrocławiu, moich danych osobowych w celach marketingowych (przesyłania informacji handlowych obejmujących usługi oferowane przez EMC, informacji dotyczących przypomnień o wizytach w placówkach EMC, ankiet satysfakcji, informacji o nowych usługach oferowanych przez EMC, w szczególności akcjach profilaktycznych, pakietach medycznych, przeglądach stanu zdrowia, badaniach klinicznych, przy wykorzystaniu następujących kanałów komunikacyjnych:

- ☐ **mojego adresu e-mail;**
- ☐ **mojego numeru telefonu.**

Ponadto oświadczam, iż zostałem poinformowany o możliwości wycofania udzielonej zgody w każdym momencie oraz o tym, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Data wycofania zgody:

DATA, CZYTELNY PODPIS



**Czy u Ciebie lub Twojej bliskiej
osoby rozpoznano
demencję typu
alzheimerowskiego
z dodatkowymi
objawami pobudzenia?**