

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY DO PROGRAMU "SYMULOWANY PACJENT" (SP)

NA UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

EMAIL: SYMULACJAPACJENT@UMP.EDU.PL

Szanowni Państwo,

serdecznie dziękujemy za zainteresowanie udziałem w tworzeniu nowej metody nauczania jaką jest "Symulowany Pacjent (SP)". Będzie ona wykorzystywana w procesie edukacji na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu przyszłych lekarzy, stomatologów, pielęgniarek, położnych oraz wielu innych przedstawicieli systemu opieki zdrowotnej.

Upraszamy prosimy o wypełnienie formularza zgłoszeniowego udziału w projekcie. Zapewniamy pełną poufność udostępnionych danych osobowych.

1. Imię i nazwisko

2. Data urodzenia

3. Płeć

4. Adres zameldowania

5. Adres korespondencyjny

6. Nr telefonu

7. Adres mailowy

8. Wykształcenie

a) wyższe b) średnie c) podstawowe

d) w trakcie studiów

(uczelnia, kierunek, tryb)

9. Wykształcenie uzupełniające (np. studia podyplomowe)

10. Wykonywany zawód (ew. zawód dotychczas wykonywany)

11. Narodowość

12. Znajomość języków obcych

- język : a) biegła w mowie i piśmie b) średnia c) podstawowa

- język : a) biegła w mowie i piśmie b) średnia c) podstawowa

- język : a) biegła w mowie i piśmie b) średnia c) podstawowa

13. Dodatkowe umiejętności

14. Waga Wzrost

15. Krótki opis wyglądu fizycznego

16. Obecny stan zdrowia

a) bardzo dobry b) dobry c) umiarkowany d) zły

17. Choroby przewlekłe (pole nieobowiązkowe)

18. Przebyte zabiegi operacyjne (pole nieobowiązkowe)

19. Dotychczasowe doświadczenia aktorskie

a) tak b) nie jakie:

20. Dotychczasowe doświadczenia związane z nauczaniem

a) tak b) nie jakie:

21. Preferowany rodzaj zaangażowania w projekcie „Symulowany pacjent”

a) udział w zajęciach praktycznych

b) udział w egzaminach klinicznych

c) udział w badaniach naukowych dotyczących edukacji medycznej

22. Podczas niektórych zajęć konieczne będzie przeprowadzenie u Symulowanego Pacjenta badania fizykalnego (np. osłuchiwanie klatki piersiowej) i/lub określonych nieinwazyjnych procedur medycznych (np. pomiar ciśnienia tętniczego), które jednak nie przekraczają sfer intymnych. Czy wyraża Pani/Pan zgodę na takie badania?

a) tak b) nie

23. Niektóre zajęcia praktyczne oraz egzaminy kliniczne będą nagrywane w celu ich późniejszego omówienia ze studentami. Czy wyraża Pani/Pan zgodę na nagrywanie i udostępnianie swojego wizerunku w ww. celu?

a) tak b) nie

24. Preferowany przez Panią/Pana zakres zaangażowania w projekcie „Symulowany pacjent”

a) okresowa aktywność b) regularna (stała) aktywność

25. Zajęcia ze studentami będą się odbywać w różnych godzinach (od 8.00 do 20.00). W jakich godzinach jest Pani/Pan dyspozycyjna/y?

26. Zajęcia ze studentami będą się odbywać również w weekendy. Czy w soboty i niedziele jest

Pani/Pan także dyspozycyjna/y?

a) tak b) nie

27. Skąd dowiedziała się Pani/Pan o projekcie Symulowany Pacjent?

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych (imienia, nazwiska, adresu zamieszkania, numeru telefonu oraz adresu e-mail jak również wizerunku oraz danych o zdrowiu) przez Administratora Danych Osobowych - Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Fredry 10, 61-701 Poznań w celu udziału i realizacji Programu Symulowany Pacjent. Wyrażam zgodę na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (Ogólne Rozporządzenie o Ochronie Danych osobowych – RODO) art.6 ust.1. lit.a oraz art.9. ust.2. lit.a.

Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

.....

Klauzula informacyjna

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, informuje, że zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (Ogólne Rozporządzenie o Ochronie Danych osobowych – RODO):

- 1.Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Fredry 10, 61-701 Poznań.
2. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z ich przetwarzaniem można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem: e-mail: abi.ump@ump.edu.pl
- 3.Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są w celu rekrutacji kandydatów do programu Symulowany Pacjent oraz jego realizacji.
- 4.Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) oraz art.9 ust.2. lit.a i zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.
- 5.Pana/Pani dane osobowe w Programie Symulowany Pacjent będą przetwarzane w celu realizacji prowadzenia Programu i przechowywane nie dłużej niż będzie to niezbędne do osiągnięcia celu przetwarzania, z uwzględnieniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa lub do czasu wycofania udzielonej zgody.
6. Mam Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich sprostowania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.
- 7.Pana/Pani dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu, ani nie będą przekazywane do państw trzecich.
8. Ma Pan/Pani prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uznacie Państwo, że przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy prawa lub naruszenie może powodować wysokie ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych.