

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 uzna Państwo, że przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy prawa lub naruszenie może powodować wysokie ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych.