



Hearme sp. z o.o.

Adres: Plac Konesera 12 bud.M, 03-736 Warszawa

Numer telefonu: +48 22 153 05 50

Adres email: kontakt@hear-me.pl

Informacje o dziecku:

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego: _____

Relacja z dzieckiem: _____

Adres: _____

Numer telefonu: _____

Adres e-mail: _____

1. Cel zgody

Ja, [Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego], jako prawny opiekun [Imię i nazwisko dziecka], wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zdalnych sesjach wsparcia psychologicznego prowadzonych przez spółkę Hearme Sp. z o.o oraz na korzystanie z platformy online emplomind.app. Sesje te mogą obejmować komunikację w formie wideo, audio oraz tekstową i mają na celu udzielenie porad, przeprowadzenie interwencji terapeutycznych oraz przeprowadzenie oceny psychologicznej.

2. Charakter usług telemedycznych

Rozumiem, że:

- Usługi z zakresu telemedycyny obejmują zdalne wsparcie psychologiczne za pomocą bezpiecznych platform do wideokonferencji, połączeń telefonicznych lub innych zatwierdzonych przez dostawcę rozwiązań cyfrowych.
- Charakter, czas trwania i cele sesji będą omawiane z moim dzieckiem i ze mną na bieżąco, a plany mogą być modyfikowane w zależności od potrzeb.
- Sesje telemedyczne mogą nie dostarczyć tego samego poziomu informacji czy obserwacji co sesje stacjonarne, jednak są prowadzone z najwyższą starannością i dbałością o jakość świadczonej opieki.



- Materiały na platformie poruszają różnorodne zagadnienia związane ze zdrowiem psychicznym, takie jak stres, lęk czy radzenie sobie z trudnymi emocjami. Zalecamy korzystanie z nich zgodnie z własnym komfortem. Jeśli jakiś temat wydaje Ci się wymagający, możesz wybrać inne treści lub sięgnąć po wsparcie specjalisty.

3. Wymagania techniczne

Przyjmuję do wiadomości, że:

- Jestem odpowiedzialny/a za zapewnienie niezbędnego sprzętu (np. komputer, tablet, smartfon) oraz dostępu do internetu, aby umożliwić mojemu dziecku uczestnictwo w sesjach telemedycznych.
- Zapewnię ciche i prywatne miejsce, w którym moje dziecko będzie mogło uczestniczyć w sesjach bez zakłóceń.
- Dostawca usług zapewni instrukcje dotyczące korzystania z technologii w sposób bezpieczny, aby zachować prywatność i poufność.

4. Poufność i prywatność

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka oraz moich danych kontaktowych przez Hearme sp. z o.o. w celu przeprowadzenia konsultacji psychologicznych, zgodnie z Rozporządzeniem o Ochronie Danych Osobowych (RODO). Mam prawo wglądu do danych, ich korekty oraz wycofania zgody na ich przetwarzanie.

Oraz rozumiem, że:

- Dostawca usług podejmie wszelkie rozsądne kroki w celu ochrony prywatności i poufności mojego dziecka, korzystając z zabezpieczonych platform do telemedycyny.
- Mimo tych zabezpieczeń istnieje ryzyko związane z telemedycyną, takie jak problemy techniczne lub naruszenia prywatności, na które dostawca usług nie ma wpływu.
- Zobowiązuję się do nie nagrywania ani udostępniania żadnej części sesji telemedycznych bez zgody obu stron.

5. Ograniczenia poufności

Przyjmuję do wiadomości, że pomimo poufnego charakteru sesji, tajemnica zawodowa ulega ograniczeniom wynikającym z przepisów prawa. Prawo do poufności korzystania z usług psychologicznych przysługuje również małoletnim pacjentom. W takim wypadku Dostawca usług nie przekazuje rodzicom/opiekunom żadnych informacji, które uzyska od pacjenta. Informacje przekazywane rodzicom ograniczone są do ogólnych wniosków i zaleceń z przebiegu spotkań z następującymi wyjątkami:



- kiedy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia Pacjenta lub innych osób;
- Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
- zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o Pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

6. Procedury w sytuacjach kryzysowych

Rozumiem, że:

- Telemedycyna może nie być odpowiednia w sytuacjach kryzysowych. W razie kryzysu dostawca może zalecić kontakt z odpowiednimi służbami ratunkowymi lub udanie się na najbliższy oddział ratunkowy.
- Zapewnię aktualne dane kontaktowe na wypadek sytuacji kryzysowej i będę dostępny/a w czasie sesji telemedycznych mojego dziecka w razie nagłej potrzeby.

Informacje kontaktowe na wypadek sytuacji kryzysowej:

Imię i nazwisko (rodzic/opiekun prawny): _____

Numer telefonu: _____

Imię i nazwisko (rodzic/opiekun prawny): _____

Numer telefonu: _____

7. Udział rodziców/opiekunów

Rozumiem, że:

- Jako rodzic/opiekun mam prawo zadawać pytania dotyczące przebiegu leczenia, postępów oraz charakteru świadczonych usług.
- Mogę mieć dostęp do dokumentacji dotyczącej leczenia mojego dziecka, z pewnymi ograniczeniami wynikającymi z polskiego prawa, i mogę omawiać te informacje z dostawcą usług.
- Mam prawo do wycofania zgody na telemedycynę w dowolnym momencie. W takiej sytuacji dostawca podejmie starania, aby zaproponować alternatywne rozwiązania lub wsparcie stacjonarne.
- Treści zawarte w Bazie Wiedzy mogą być trudne lub niewłaściwe dla osób niepełnoletnich. Korzystanie z zasobów odbywa się na własną odpowiedzialność, a my



zalecamy, aby dostęp do nich miały wyłącznie osoby pełnoletnie. Przystępując do korzystania z Bazy Wiedzy, potwierdzasz, że rozumiesz to zalecenie i świadomie akceptujesz ryzyko.

8. Dobrowolność uczestnictwa

Rozumiem, że uczestnictwo mojego dziecka w sesjach telemedycznych jest dobrowolne i będę wspierać jego aktywny udział. Dostawca dostosuje podejście do komfortu i potrzeb mojego dziecka w trakcie sesji.

9. Potwierdzenie i zgoda

Zapoznałem/am się z informacjami dotyczącymi telemedycznego wsparcia psychologicznego dla mojego dziecka. Miałem/am możliwość zadania wszelkich pytań. Podpisując ten dokument, wyrażam zgodę na świadczenie przez Hearme sp. z o.o.usług telemedycznych dla mojego dziecka, [Imię i nazwisko dziecka].

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o konieczności poinformowania drugiego opiekuna prawnego oraz zgodnie z moją wiedzą drugi opiekun prawny nie wyraża sprzeciwu.

Podpis rodzica/opiekuna prawnego 1: _____

Podpis rodzica/opiekuna 2 (jeśli dotyczy): _____

Data: _____

Podpis dziecka* _____

Data: _____



* Jeżeli dziecko ukończyło 16 lat

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH SZCZEGÓLNEJ KATEGORII WŁASNYCH ORAZ DZIECKA

Tak, na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a RODO **wyrażam zgodę** na przetwarzanie przez Hearme Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie przy ul. Plac Konesera 12/M, 03-736, zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy w Olsztynie, VIII WYDZIAŁ GOSPODARCZY KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO, pod numerem KRS 0000838809, NIP 7393939892 (dalej: HearMe)

1. **danych osobowych szczególnej kategorii**, obejmujące informacje dotyczące pochodzenia rasowego lub etnicznego, poglądów politycznych, przekonań religijnych lub światopoglądowych, przynależność do związków zawodowych, danych biometrycznych, danych dotyczących zdrowia, seksualności i orientacji seksualnej

a także

2. **danych osobowych szczególnej kategorii mojego dziecka/podopiecznego** [imię i nazwisko] _____ obejmujące informacje dotyczące pochodzenia rasowego lub etnicznego, poglądów politycznych, przekonań religijnych lub światopoglądowych, przynależność do związków zawodowych, danych biometrycznych, danych dotyczących zdrowia, seksualności i orientacji seksualnej

w celu realizacji usług świadczonych przez HearMe Sp. z o.o.

Zostałem poinformowany/a, że powyższe dane są zbierane w ramach korzystania przez moje dziecko/podopiecznego z usług świadczonych przez HearMe tj. w celu skorzystania z pomocy psychologicznej, psychoterapii, doradztwa psychologicznego i coachingu. Wiem, że wyrażenie zgody jest całkowicie dobrowolne i mogę ją w każdym momencie wycofać, jednak bez dostępu do powyższych danych, HearMe nie ma możliwości prawidłowego świadczenia usług.



Mam świadomość, że cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie mojej zgody przed jej wycofaniem.

Tak, zgadzam się na przekazywanie danych osobowych szczególnej kategorii mojego dziecka/podopiecznego przez HearMe superwizorowi w ramach procesu superwizji, która polega na nadzorowaniu jakości pracy i wsparciu merytorycznym psychoterapeuty przez bardziej doświadczonego terapeutę. Celem superwizji jest poprawa jakości świadczenia usług w oparciu o kodeks etyki. Zostałem/am poinformowany/a o tym, że podczas superwizji psychoterapeuta **nie ujawni** żadnych informacji umożliwiających zidentyfikowanie mojego dziecka/podopiecznego jako pacjenta.

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie dane są przekazane dobrowolnie.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej wynikającej z art. 13 RODO.

(data, podpis)

(data, podpis)

(data, podpis dziecka¹)

¹ Jeżeli dziecko ukończyło 16 lat



KLAUZULA INFORMACYJNA RODO DLA KLIENTÓW

W związku z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE [dalej: RODO] informuję, iż **Hearme Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** z siedzibą w Warszawie przy ul. Plac Konesera 12/M, 03-736, zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy w Olsztynie, VIII WYDZIAŁ GOSPODARCZY KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO, pod numerem KRS 0000838809, NIP 7393939892 [dalej: HEARME] przetwarza Państwa dane osobowe. W związku z tym przekazuje Państwu istotne informacje:

ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest HearMe sp. z o.o. 22 153 05 50 Z administratorem można skontaktować się telefonicznie 22 153 05 50, drogą e-mail: . Nie wyznaczono inspektora ochrony danych.

CELE I PODSTAWY PRAWNE PRZETWARZANIA

Państwa dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celach zapewnienia świadczenia przez HearMe usług w sposób profesjonalny, zgodny z obowiązującymi regulacjami prawnymi oraz Zasadami Etyki Zawodu. W tym zakresie dysponowanie przez HearMe danymi osobowymi jest niezbędne:

- art. 6 ust. 1 lit. b) RODO - do zawarcia i realizacji umowy, prowadzenia korespondencji w formie elektronicznej (e-mail, sms), przedstawienia oferty handlowej.
- art. 9 ust. 2 lit. a) RODO - dane gromadzone w trakcie konsultacji psychologicznych oraz psychoterapii **na podstawie pisemnej zgody**, która może zostać odwołana w dowolnym czasie;
- art. 6 ust. 1 lit. c) RODO – do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze (np. obowiązki podatkowe - wystawianie faktur, rachunków, prowadzenie księgowości);
- art. 6 ust. 1 lit. f) RODO - prawnie uzasadniony interes realizowany przez administratora danych – dotyczy to przypadków, gdy przetwarzanie danych osobowych jest uzasadnione z uwagi na usprawiedliwione interesy HearMe. Za usprawiedliwiony interes uznaję m.in:
 - a) kontakt w celach związany z prawidłową realizacją umowy (m.in. rezerwowanie, odwoływanie, przekładanie terminów wizyt itp.);



- b) w sytuacji zagrożenia życia i/lub zdrowia pacjenta i/lub osób z jego otoczenia powiadomienie odpowiednich służb (m.in. policja, pomoc medyczna);
- c) ustalenie, dochodzenie i obronę przed roszczeniami;
- d) w celu realizacji procesu superwizji, w którym współpracuję z bardziej doświadczonym psychoterapeutą (superwizorem) w celu doskonalenia warsztatu pracy terapeutycznej, a tym samym poprawy jakości świadczonych na Państwa rzecz usług. Podczas superwizji omawiam kwestie związane z prowadzonymi procesami psychoterapeutycznymi, lecz nigdy nie ujawniam danych umożliwiających identyfikację pacjenta. Superwizor jest zobowiązany do zachowania tajemnicy zawodowej. Poddawanie pracy regularnej superwizji jest obowiązkiem etycznym każdego psychologa oraz psychoterapeuty.
- e) cele archiwalne i dowodowe – dla zabezpieczenia informacji na wypadek prawnego obowiązku wykazania faktów.

ODBIORCY DANYCH

Odbiorcami danych osobowych mogą być podmioty świadczące dla Administratora usługi księgowo-podatkowe, informatyczne, prawne, ubezpieczeniowe na podstawie stosownych umów oraz podmioty upoważnione do otrzymania Państwa danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

Administrator może też przekazać dane pacjentów podmiotom, które świadczą na jego rzecz usługi związane ze wsparciem działalności. W szczególności dotyczy to usług wsparcia informatycznego lub wsparcia prowadzonej przez administratora działalności. Dane osobowe mogą zostać również przekazane innym podmiotom leczniczym w celu zapewnienia ciągłości opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej.

OKRES PRZECHOWYWANIA

Państwa dane osobowe będą przechowywane do czasu istnienia podstawy do ich przetwarzania:

- a) w przypadku niezbędności danych do wykonania umowy – przez czas jej wykonywania oraz czas niezbędny dla realizacji przez strony tej umowy wynikających z niej roszczeń;
- b) w przypadku gdy podstawą przetwarzania danych jest uzasadniony interes administratora – do czasu istnienia tego uzasadnionego interesu;
- c) dane na potrzeby rachunkowości oraz ze względów podatkowych (np. faktury) będą przechowywane przez okres 5 lat liczonych od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy.

W każdym jednak przypadku dane osobowe, którymi dysponuje HearMe, nie będą przetwarzane przez okres krótszy, niż ustawowo wymagany dla przechowywania danego rodzaju informacji.

PRAWA PRZYSŁUGUJĄCE PAŃSTWU W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przetwarzaniem przez HearMe Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:

- a) dostępu do swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania;
- b) w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest zgoda wyrażona na podstawie przepisów RODO, przysługuje Państwu prawo wycofania takiej



zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, którego dokonano przed jej wycofaniem.

- c) wniesienia sprzeciwu na przetwarzanie Państwa danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionego interesu;
- d) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku uznania, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy RODO.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem w sposób wskazany powyżej.

INFORMACJA O WYMOGU PODANIA DANYCH

Podanie Pani/Pana danych osobowych w zakresie imienia, nazwiska oraz adresu e-mail jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i realizacji umowy.

INFORMACJA O BRAKU PROFILOWANIU I BRAKU PRZEKAZYWANIA DANYCH POZA EOG

Państwa dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym profilowaniu. Państwa dane nie będą przekazywane poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

Dane kontaktowe w razie pytań lub wątpliwości

W przypadku pytań lub wątpliwości dotyczących tej zgody lub leczenia dziecka, prosimy o kontakt na adres: pomoc@hear.me.pl