

INFO SOUHLAS PRO VIDEOKONFERENCI

Poskytovatel služby: společnost **AquaKlim, s.r.o.**, se sídlem Gorkého 3037/2, Moravská Ostrava, 702 00 Ostrava, IČ: 27849562, zapsané v obchodním rejstříku Krajského soudu v Ostravě, sp. zn. C 31571, jako provozovatel nestátního zdravotnického zařízení Sanatorií Klimkovice, na adrese: Hýlov 24, 742 84 Klimkovice, (dále též jen jako **Poskytovatel**)

Jméno a příjmení klienta:

rodné číslo klienta:

trvalé bydliště klienta:

(dále též jen jako „**Klient**“)

pokud není klient zletilý, svéprávný či jinak způsobilý, jméno zákonného zástupce a jeho bydliště (popř. jeho opatrovníka):

Klient souhlasí s výběrem formy logopedické telerehabilitace: videokonferencí (dále také „**Služba**“)

z důvodu:.....

Klient nadále potvrzuje, že:

- si je vědom, že tato Služba může být poskytnuta až na základě provedeného úvodního vyšetření, a to **na pracovišti** klinického logopeda/logopedky ve zdravotnictví Poskytovatele
- si je vědom, že provedení této služby je podmíněno **podepsáním** informovaného souhlasu s poskytnutím této Služby
- si je vědom, že tato Služba není omezena **místem** poskytování
- si je vědom a souhlasí s vybraným **softwarem** pro videokonferenci, kterým je Microsoft Teams
- zavazuje se k videokonferenci užívat takové technické vybavení, které umožňuje přístup k internetu, podporovaný webový prohlížeč, rychlost internetu, zařízení pro snímání obrazu a zvuku, reproduktory, a to za účelem poskytování Služby ze strany Poskytovatele
- bere na vědomí, že Poskytovatel nezodpovídá za kvalitu připojení na straně Klienta a že Poskytovatel je oprávněn odmítnout poskytnutí Služby v případě nekvalitního spojení a že případně, kdy dojde k opakovanému výpadku spojení je Poskytovatel oprávněn od služby odstoupit
- bere na vědomí, že Poskytovatel nezodpovídá za případné aktualizace a změny v softwarovém programu
- zavazuje se, že **neposkytne** dalším osobám přístupové údaje svého emailového účtu a účtu vybraného Softwaru, které jsou využívány pro videokonferenci
- se zavazuje, že zajistí **bezpečné prostředí**, zejména zajistí, že se poskytování Služby nebudou účastnit **další nezúčastněné osoby**

- bere na vědomí, že **časový interval pro poskytnutí celé služby činí 45 minut**, dle časových možností Poskytovatele (stanovenou klinickým logopedem/logopedem ve zdravotnictví Poskytovatele)
- bere na vědomí nutnost **osobní návštěvy min. 1x za tři měsíce u věkové skupiny 0-15 let, 1x ročně u věkové skupiny 15 a více let na pracovišti klinického logopeda/logopeda** ve zdravotnictví Poskytovatele
- zavazuje se, že záznam a fotografie z videokonference použije výhradně k osobním účelům, přičemž se zavazuje, že obsah záznamu neposkytne třetím osobám, a to ani zveřejněním na sociálních sítích či jinde, a ani nebude poskytovat a šířit zaslané materiály související se Službou dalším nezúčastněným osobám
- souhlasí s ukládáním a uchováním záznamů videokonference u Poskytovatele a jeho dalším použitím ke kontrole Služby, popř. ke konzultaci s jinými odborníky
- Časové období, po které je poskytována tato Služba a posouzení efektivity této Služby určuje klinický logoped/logoped ve zdravotnictví Poskytovatele služby

V, dne

Podpis:

.....

Podpis:

V případě, že Klientem je osoba, která není právně či jinak způsobilá k podpisu tohoto souhlasu, podepíše souhlas její zákonný zástupce/opatrovník.

Jméno a příjmení oprávněného zástupce/opatrovníka:

Datum narození:

Bytem:

V, dne

Podpis oprávněného zástupce/opatrovníka:

.....