

Oznámenie závažného poškodenia zdravia spôsobeného kozmetickým výrobkom

Oznamovateľ poškodenia	Poškodený
<input type="checkbox"/> poškodený <input type="checkbox"/> zdravotnícky pracovník <input type="checkbox"/> iný	vek v čase poškodenia: rok narodenia: pohlavie <input type="checkbox"/> ženské <input type="checkbox"/> mužské <input type="checkbox"/> neznáme krajina trvalého pobytu: kontaktná adresa: telefón: email:
Oznámenie	
<input type="checkbox"/> prvotné <input type="checkbox"/> následné <input type="checkbox"/> konečné	
Výrobok	Používanie výrobku
úplný názov podozrivého výrobku:	dátum prvého použitia výrobku: frekvencia používania výrobku: razy/krát za <input type="checkbox"/> deň <input type="checkbox"/> týždeň <input type="checkbox"/> mesiac <input type="checkbox"/> rok <input type="checkbox"/> bol použitý iba raz profesionálne použitie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie miesto aplikácie: po zistení nežiadúceho účinku sa výrobok prestal používať <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie dátum kedy sa výrobok prestal používať:
výrobná dávka (kód alebo dátum spotreby):	reakcia pri opakovanom použití daného výrobku: <input type="checkbox"/> pozitívna <input type="checkbox"/> negatívna <input type="checkbox"/> nerealizovaná <input type="checkbox"/> neznáma
zodpovedná osoba (výrobca, dovozca) (meno a adresa):	iné kozmetické výrobky súčasne použité v čase vzniku nežiaducej reakcie/poškodenia (Zoznam výrobkov môže byť uvedený v prílohe):
distribútor (meno a adresa):	
Poškodenie zdravia	
doba od prvého použitia výrobku k výskytu reakcie/poškodenia: doba od posledného použitia výrobku k výskytu reakcie/poškodenia: miesto poškodenia: <input type="checkbox"/> pokožka <input type="checkbox"/> temeno hlavy <input type="checkbox"/> vlasy <input type="checkbox"/> oči <input type="checkbox"/> zuby <input type="checkbox"/> nechty <input type="checkbox"/> pery <input type="checkbox"/> sliznice ústnej dutiny <input type="checkbox"/> nechty <input type="checkbox"/> iné <input type="checkbox"/> reakcia/poškodenie na mieste aplikácie výrobku <input type="checkbox"/> reakcia/poškodenie mimo miesta aplikácie výrobku hospitaliácia <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie dĺžka hospitalizácie: názov a adresa nemocnice:	
príznaky reakcie/poškodenia:	
poškodenie bolo potvrdené lekárom (kópiu správy priložiť v prílohe) <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
Stav reakcie/poškodenia ku dňu oznámenia	
<input type="checkbox"/> uzdravenie <input type="checkbox"/> zlepšenie <input type="checkbox"/> pretrváva <input type="checkbox"/> trvalé následky <input type="checkbox"/> iné	
Súvisiace dôležité okolnosti	
súčasne použité výrobky iné ako kozmetické, napríklad lieky, výživové doplnky <input type="checkbox"/> áno – uviesť? <input type="checkbox"/> nie	
alergia <input type="checkbox"/> áno – uviesť na akú látku: <input type="checkbox"/> nie	
Prílohy – lekárske správy, obrázky výrobku, poškodenia a iné dôležité informácie	

Som uzrozumený s tým, že moje práva ako dotknutej osoby sú upravené v § 19 až § 25 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a daný súhlas sa vzťahuje na dobu od podania podnetu na kozmetické výrobky do uplynutia desiatich rokov (doba archivácie podľa schváleného PO-04 „Registratúrny poriadok a Registratúrny plán“). Zároveň beriem na vedomie možnosť odvolať súhlas (§ 14 ods. (3) zákona č. 18/2018 Z. z.). Kontaktné údaje zodpovednej osoby UVZ SR: zodpovedna.osoba@uvzsr.sk, tel.: 02/49284201