

SZEMÉLYES ADATKEZELÉSI HOZZÁJÁRULÁS KÓRHÁZI GYÓGYKEZELÉSKOR

A gyógykezelésének fennállása során az Ön személyes adatainak védelmét és biztonságát a következő törvények szavatolják:

1. Az információs önrendelkezési jogról és információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény;
2. az Európai Parlament és a Tanács 2016/679 rendelete (röviden GDPR).
3. Az 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi adatok kezeléséről

A fent felsorolt jogszabályok értelmében, mint gyógykezeltnek jogában áll a saját kórházi adatkezelésébe betekinteni, a törvényi kötelezettségek figyelembe vétele mellett a személyes adatkezelésével kapcsolatban rendelkezni.

Felhívjuk figyelmét, hogy adatainak védelmét és biztonságát figyelemben tartva azokhoz, az ellátás szükségességének mértékében, és szükségességének megfelelően a következő kórházi személyek férhetnek hozzá az ellátásához szükséges és elégséges mértékben:

A társadalombiztosítási ellátás finanszírozásában részt vevő munkatársaink; az intézetvezetők; az ellátását végző orvosok, ápolók és diagnoszták.

Felhívjuk figyelmét hogy egészségi állapotáról, valamint a kezelés formájáról, hatásairól és kockázatairól csak az Ön rendelkezésének megfelelő és a kilitét igazolt személynek adhatunk ki információt.

Felhívjuk figyelmét, hogy az Ön által meghatározott személy részére kiadott személyes adataira és állapotára vonatkozó információk további biztonságáért és kezeléséért Ön, és a meghatalmazottja a felelős.

A jogszabályok figyelembe vételével, a kapott tájékoztatás alapján, személyes adataimmal kapcsolatban a következőkről rendelkezem:

1. Hozzájárulok, hogy személyes adataimat a Harkányi Termál Rehabilitációs Centrum a gyógykezelés és gyógyellátás ideje alatt a jogszabályi előírásoknak megfelelően kezelje.

Hozzájárulás dátuma:.....év.....hó....nap

Hozzájáruló gyógykezelte (gyám, szülő) aláírása:.....

2. Hozzájárulok, hogy a személyes adataimról, egészségi állapotomról, annak változásáról, a gyógykezelés módjáról-, hatékonyságáról és szükségességéről, a kockázatairól a következő személyeket tájékoztathassa.

TÁJÉKOZTATHATÓK				
Név	Lakcíme	Kapcsolati státusz (nem kötelező)	TAJ SZÁMA / IGAZOLVÁNY SZÁMA	Megjegyzés, korlátozás

Hozzájárulás dátuma:.....év.....hó....nap

Hozzájáruló gyógykezelte (gyám, szülő) aláírása:.....

3. Hozzájárulok, hogy öntudatlansági állapotom, vagy ítélőképességemben bekövetkező korlátozottságom okán, a döntéshozás képtelenségem esetében a személyes adataimmal kapcsolatos adatkezelést, az állapotomra vonatkozó döntéshozói (nem orvosi, klinikai) feladatokat nevemben teljes jogkörrel a következő személy vagy személyek önállóan vagy együtt láthatják el.

ESETLEGES DÖNTÉSHOZÓ				
Név	Lakcíme	Kapcsolati státusz (nem kötelező)	TAJ SZÁMA / IGAZOLVÁNY SZÁMA	Megjegyzés, korlátozás

Hozzájárulás dátuma:.....év.....hó....nap

Hozzájáruló gyógykezelt aláírása:.....

4. Kérem, hogy a személyes adataimat a Harkányi Termál Rehabilitációs Centrum a gyógykezelésem befejeztét követően, a záró dokumentumok és eredmények átadását követően a törvényileg kötelező archiválásokat figyelembe tartva törölje.

Hozzájárulás dátuma:.....év.....hó....nap

Hozzájáruló gyógykezelt aláírása:.....

Jelen aláírással igazoljuk, hogy a fentebb leírtakat mind két fél tudomásul vette, és a Harkányi Termál Rehabilitációs Centrum a személyes adatokat a rendelkezésnek megfelelően fogja kezelni:

Harkány, 20.....évhó.....nap

GYÓGYKEZELT		HARKÁNYI TERMÁL REHABILITÁCIÓS CENTRUM RÉSZÉRŐL	
Név Nyomtatott betűkkel		Név Nyomtatott betűkkel	
Születési Dátum (hely, év, hó, nap)		Beosztás:	
TAJ SZÁMA, / EU Kártya szám			
Aláírás dátuma		Aláírás dátuma	
ALÁÍRÁS		ALÁÍRÁS	
Megjegyzés:		Megjegyzés:	