

Hozzájáruló nyilatkozat adatkezeléshez

Dr. Lujber László Attila ev. a hazai és nemzetközi előírásoknak megfelelően fontosnak tartja az Ön által megadott személyes adatok biztonságát. Tiszteletben tartva az Ön, vagy felügyelete alatt álló kiskorú gyermeke jogait, a megadott személyes adatok kezelése szigorú titoktartásra kötelezett munkatársaink és partnereink által történik. Kérjük, mielőtt kitölti ezt a nyomtatványt, előtte olvassa el Adatvédelmi tájékoztatómat, melyet a recepción és a rendelőben több helyen, valamint a www.fulorrgege.net honlapon is megtalál. Amennyiben Ön korábban még nem járult hozzá, hogy a szükséges adatokat vizsgálat, gyógykezelés, illetve értesítés céljából a törvényben előírt módon és ideig rendszerünkben tároljuk, úgy jelen nyomtatvány aláírásával önkéntesen hozzájárul az alábbi adatok kezeléséhez, valamint ahhoz, hogy szükség esetén ezeket az adatokat - egyéb egészségügyi szolgáltatás igénybevételéhez vagy fizetés céljából - szerződött partnerünknek továbbítsuk. Kérjük adja meg annak a személynek a nevét, akinek Önről vagy gyermekéről felvilágosítást adhatunk, illetve gyermekét Önön kívül ki hozhatja vizsgálatra, kezelésre (nem kötelező). Amennyiben kiskorú gyermeket nem a szülő vagy gondviselő személy hozza vizsgálatra, csak két tanúval igazolt Meghatalmazással tudjuk a kísérő személyét elfogadni! (szükséges a Meghatalmazott neve, valamint személyes adatai, melyeket köteles személyigazolványával igazolni – lsd. Adatvédelmi tájékoztató)

Adatok:

Páciens családi és utóneve*:

Leánykori neve*:

Születési helye, ideje*:

TAJ száma*:

Anyja születési, családi és utóneve*:

Páciens lakóhelye*:

Páciens, ill. gyermeknél a szülő telefonszáma*:

Páciens, vagy szülő e-mail címe* (nyomtatott betűvel kitöltendő):

Meghatalmazott személy neve, telefonszáma*:

Egészségpénztári tagság neve és tagi azonosító száma (opcionális)

*kötelezően kitöltendő adatok

- Jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a Dr. Lujber László Attila ev. a fenti személyes adatokat, az átadott korábbi orvosi leletek adatait, valamint az anamnézis felvételek megismert információkat - beleértve a családra vonatkozó információkat is - egészségügyi vizsgálat és gyógykezelés, valamint értesítés céljából, a szükséges mértékben és időtartamra kezelje.
- Hozzájárulok, hogy a kivizsgálást, a gyógykezeléshez szükséges diagnosztikus és terápiás eljárásokat a Dr. Lujber László Attila ev. előzetes tájékoztatás után elvégezze. Ön a jelen nyilatkozat aláírásával igazolja, hogy az Intézet Adatvédelmi tájékoztatóját elolvasta, megértette.
- Hozzájárulok, hogy a Dr. Lujber László Attila ev. szükség esetén postán ajánlott küldeményként küldjön részemre dokumentumot. Tudomásul veszem, hogy postai küldemény biztonságáért az Intézet felelősséget nem vállal.
- Hozzájárulok, hogy a Dr. Lujber László Attila ev. részemre hírlevelet, promóciós anyagot küldjön vagy, telefonon megkeressen. (Húzza alá)
- Jelen hozzájáruló nyilatkozat bármikor korlátozás, feltétel és indokolás nélkül visszavonható. Kijelentem, hogy ezen hozzájárulásomat önkéntesen, minden külső befolyás nélkül, a megfelelő tájékoztatás és a vonatkozó jogszabályi rendelkezések ismeretében tettem meg.
- Kezelt adatok: Név, cím, anyja neve, születési dátum, TAJ-szám, telefonszám és email cím (szükség esetén adóazonosító és adószám)
- Az adatkezelés időtartama: a személyes adatok kezeléséhez adott hozzájárulás visszavonásáig. Tudomásul vettem, hogy jogomban áll kérelmezni az adatkezelőtől a személyes adataimhoz való hozzáférést, személyes adataim helyesbítését, törlését, kezelésének korlátozását, jogom van az adathordozhatósághoz, hozzájárulásom időbeli határ nélküli visszavonásához. Tudomásul vettem azt is, hogy jogom van panasszal fordulni a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz, illetve bírósághoz is fordulhatok.)

Dátum..... Aláírás.....