

Hozzájárulási nyilatkozat adatkezeléshez

A Svábhegyi Gyógyintézet Kft. 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 tájékoztatónkat, melyet a recepción és a rendelőben több helyen, valamint a www.svabhegy.eu honlapunkon is megtalál.

Amennyiben Ön korábban még nem járult hozzá, hogy a szükséges adatokat vizsgálat illetve gyógykezelés 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, értesítésre 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 gyermekét nem Ön hozza intézetünkbe, kérjük, az engedélyezett személy két tanúval aláírt Meghatalmazást is hozzon magával.**

Adatok:

Páciens családi és utóneve

Leánykori neve:

Születési helye, ideje:

TAJ száma:

Anyja születési, családi és utóneve:

Lakcíme:

Saját, vagy gyermeknél a szülő telefonszáma:

E-mail címe:

Meghatalmazott személy neve, telefonszáma:

Egészségpénztári tagság neve és tagi azonosító száma:

Jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a Svábhegyi Gyermekgyógyintézet a fenti személyes adatokat, az általam átadott korábbi orvosi leletek adatait, valamint az anamnézis felvételekor megismert információkat - beleértve a családra vonatkozó információkat is,- egészségügyi vizsgálat és gyógykezelés céljából, a szükséges mértékben és időtartamra kezelje.

Hozzájárulok, hogy a kivizsgáláshoz és a gyógykezeléshez a szükséges diagnosztikus és terápiás eljárásokat az Svábhegyi Gyógyintézet Kft. előzetes tájékoztatás után elvégezze.

Ön a jelen nyilatkozat aláírásával igazolja, hogy az Intézet Adatvédelmi tájékoztatóját elolvasta, megértette.

1.A megadott saját adataim, illetve a felügyeletem alatt álló kiskorú gyermekem adatai tárolásához és kezeléséhez önkéntesen kifejezett beleegyezésemet adom. .

Dátum..... Aláírás.....

2.Hozzájárulok, hogy az Intézet részemre szükség esetén postán küldjön értesítést, tudomásul , veszem, hogy a postai küldemény biztonságáért az Intézet felelősséget nem vállal(nem kötelező)

Dátum..... Aláírás.....

3.Hozzájárulok, hogy a Svábhegyi Gyógyintézet Kft. részemre hírlevelet, promóciós anyagot küldjön.(nem kötelező)

Dátum..... Aláírás.....