

## Hozzájárulási nyilatkozat adatkezeléshez

A Svábhegyi Gyermekgyógyintézet 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](http://www.svabhegy.eu) honlapunkon 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 Svábhegyi Gyermekgyógyintézet a fenti személyes adatokat, az átadott korábbi orvosi leletek adatait, valamint az anamnézis felvételekor 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 Svábhegyi Gyermekgyógyintézet előzetes tájékoztatás után elvégezze.

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

- A megadott saját adataim, illetve a felügyeletem alatt álló személy adatai tárolásához és kezeléséhez önkéntesen, kifejezett beleegyezésemet adom. .**

Dátum..... Aláírás.....

- Hozzájárulok, hogy a Svábhegyi Gyermekgyógyintézet szükség esetén postán ajánlott küldeményként küldjön részemre dokumentumot.** Tudomásul veszem, hogy postai küldemény biztonságáért az Intézet felelősséget nem vállal.

Dátum..... Aláírás.....

- Hozzájárulok, hogy a Svábhegyi Gyermekgyógyintézet részemre hírlevelet, promóciós anyagot küldjön.**

Dátum..... Aláírás.....