Svábhegyi OAIP Nonprofit Kft. és Svábhegy Plusz Kft.
1037 Budapest, Bokor u. 17-21.

Meghatalmazás beteg kíséretéhez és adatkezeléshez

A Svábhegyi Gyermekgyógyintézet a hazai és nemzetközi előírásoknak megfelelően fontosnak tartja a személyes adatok biztonságát. A jelenlegi hazai és európai adtavédelmi szabályok értelmében kiskorú vagy felügyelet alatt álló pácienst – ha nem a felügyeletére jogosulttal érkezik a rendelésre - kizárólag jelen Meghatalmazással megbízott személy kísérheti.

A páciens állapotáról kizárólag személyesen a páciens vagy az általa meghatalmazott személy tájékoztatható. A Svábhegyi Gyermekgyógyintézet a hatályos jogszabályoknak megfelelően telefonon semmilyen információt nem adhat!

Első bejelentkezésnél ez a Meghatalmazás kizárólag kitöltött Hozzájárulási nyilatkozattal együtt érvényes.
Az adatokat kérjük nyomtatott betűvel kitölteni!

Fentiek tudatában, **mint meghatalmazó** meghatalmazom

Meghatalmazó neve: …….

Meghatalmazó anyja neve: …….

Meghatalmazó címe: …….

Meghatalmazó email-je:

Meghatalmazó születési helye, ideje: ……..…..

Meghatalmazó személyi ig. száma: ……..……

meghatalmazottat

Meghatalmazott neve: …….

Meghatalmazott anyja neve: …….

Meghatalmazott címe: …….

Meghatalmazott születési helye, ideje: …….

Meghatalmazott személyi ig. száma: ……

hogy a nyomtatványt kiállító egészségügyi intézményben az alábbi pácienst kísérje, helyemben aláírjon, a páciens adatairól felvilágosítást kapjon (*megfelelő aláhúzandó*)

Páciens neve: …….

Páciens anyja neve: ……..

Páciens címe: …….

Páciens születési helye, ideje: ……..

Páciens személyi ig. vagy TAJ száma: ……..……..

Jelen meghatalmazás visszavonásig / egy alkalomra érvényes. (*megfelelő aláhúzandó*)

Fentiekkel kapcsolatban a PTK. rendelkezései irányadóak.
A Meghatalmazást a felek, mint akaratukkal mindenben megegyezőt, saját kezű aláírásukkal látják el.

Kijelentjük, hogy a Svábhegy Gyermekgyógyintézet Adatvédelmi szabályzatát ismerjük.

Kelt: Budapest, 20……

…… **……**

Meghatalmazó aláírása **Meghatalmazott aláírása**

Tanú 1 neve: …… ***címe:……***

személyi ig. száma:…… ***aláírása:……***

Tanú 2 neve: …… ***címe:……***

személyi ig. száma:…… ***aláírása:……***