

**HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT**

**SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉHEZ\***

Alulírott

Név: ......……………….…………………………..

Születési hely, idő: ………….....………..…………

TAJ szám: ………….....………..…………………

Édesanyja neve: ………….…..……………..

Lakcím: …………….…….………………………..

E-mail cím:……………………………………………..

Telefonszám:……………………………………………

Az egészségügyi ellátás során Dr. Hajdinák Adrienn egyéni vállalkozó az érintett személyes és egészségügyi adatait az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 Rendelete (továbbiakban: GDPR) 6. cikk 1. bekezdés c. pontja jogalappal, valamint a kapcsolódó egészségügyi jogszabályok1 alapján kezeli.

Jelen nyilatkozat aláírásával engedélyezen, hogy az orvosi ellátást követő leleteket, eredményeket a Villa Medicina, mint adatkezelő az egészségügyi jogszabályoknak megfelelően az Adatkezelési Tájékoztatóban meghatározottak szerint kezelje, adatfeldolgozó részére - a szükséges mértékben - továbbítsa.

A GDPR 6. cikk (1.) bekezdés a) pontja alapján nyilatkozom, hogy

* a **telefonszámom**, mint személyes adat kezeléséhez előzetes és kifejezett hozzájárulásomat adom.

□ Hozzájárulok □ Nem járulok hozzá

* az **elektronikus levelezési címem (e-mail cím)**, mint személyes adat kezeléséhez előzetes és kifejezett hozzájárulásomat adom.

□ Hozzájárulok □ Nem járulok hozzá

Aláírásommal igazolom, hogy a Czeizel Intézetben, valamint a [www.drhajdinaka.com](http://www.drhajdinaka.com) weboldalon elérhető az Adatkezelési Tájékoztató, amelyből az adatkezelésről, betegjogokról, annak érvényesítési rendjéről kapok tájékoztatást. Továbbá tudomással bírok arról is, ha a személyes adataim kezelésével, a házirenddel, a betegtájékoztatóval, a betegjoggal kapcsolatosan kérdésem, illetve észrevételem van, azt kezelőorvosommal vagy az adatvédelmi tisztviselővel megbeszélhetem.

Jelen nyilatkozat aláírásával igazolom, hogy tudomásom van róla, hogy személyes és egészségügyi adataim kezelésével kapcsolatban jogomban áll az adatvédelmi tisztviselőtől tájékoztatást kérni, kérhetem adataim helyesbítését, kiegészítését vagy módosítását.

Adatkezelési hozzájárulásomat – a hozzájárulás jogalappal kezelt személyes adatok tekintetében - írásban bármikor díjmentesen visszavonhatom. Az Adatkezelési Tájékoztatóban továbbá részletes tájékoztatást kapok az adatkezeléssel kapcsolatos panasz esetén rendelkezésemre álló jogorvoslati lehetőségekről.

Az Adatkezelési Tájékoztatóban, a betegtájékoztatóban és a házirendben foglaltakat megismerve, elfogadva magamra nézve tudomásul véve írom alá jelen nyilatkozatot.

\* Tájékoztatjuk, hogy a 2018. május 25-től alkalmazandó Általános Adatvédelmi Rendelet („GDPR”) értelmében az Ön aláírásával igazolt hozzájárulása hiányában az orvosi ellátást **nem** tudjuk megkezdeni rendelőnkben!

Budapest, 20…... év ……………. hónap ….. nap

………………………………………….

érintett/beteg aláírása