



ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ & ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ο/Η Ιατρόςσας
ενημερώνει σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων:

1. Σύμφωνα με το άρθρο 14 του Ν. 3418/2005 (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας) για την παροχή των υπηρεσιών μας, είναι υποχρεωτική η τήρηση ιατρικού αρχείου, στο οποίο καταγράφονται τα εξής προσωπικά δεδομένα: Ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, φύλο, ηλικία, επάγγελμα, διεύθυνση ασθενή, ημερομηνίες επίσκεψης, ενοχλήματα της υγείας του, λόγος της επίσκεψης, πρωτογενής και δευτερογενής διάγνωση ή αγωγή που ακολουθήθηκε, αποτελέσματα κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων.
2. Το αρχείο αυτό τηρείται, σύμφωνα με το νόμο για χρονικό διάστημα 20 ετών μετά την τελευταία επίσκεψή σας.
3. Το νοσοκομείο και κατ' επέκταση το τμήμα εφαρμόζει όλα τα αναγκαία μέτρα ασφαλείας για τη διαφύλαξη των προσωπικών σας δεδομένων.
4. Ως ασθενής/γονέας ασθενούς αναφορικά με τα προσωπικά σας δεδομένα, έχετε τα εξής δικαιώματα:
 - Δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα σας/δεδομένα του παιδιού σας: Το δικαίωμα να γνωρίζετε αν τα δεδομένα σας υφίστανται επεξεργασία, πώς και για ποιο σκοπό.
 - Δικαίωμα διόρθωσης των δεδομένων σας/ του παιδιού σας: Το δικαίωμα να ζητήσετε διόρθωση των προσωπικών σας δεδομένων αν αυτά είναι ανακριβή ή ελλιπή.
 - Δικαίωμα διαγραφής των δεδομένων σας ("δικαίωμα στη λήθη")/ του παιδιού σας: Το δικαίωμα να ζητήσετε διαγραφή ή κατάργηση των προσωπικών σας δεδομένων, υπό ορισμένες προϋποθέσεις και μετά την πάροδο της παραπάνω αναφερόμενης δεκαετίας.
 - Δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας των δεδομένων σας/ του παιδιού σας: Το δικαίωμα να ζητήσετε τον περιορισμό της επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων όταν συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις.
 - Δικαίωμα στη φορητότητα των δεδομένων σας/ του παιδιού σας: Το δικαίωμα σας να ζητήσετε να αποσταλούν τα στοιχεία σας σε τρίτο (π.χ. άλλον ιατρό).
 - Όταν υποβάλλετε ένα αίτημα ασκώντας κάποιο από τα παραπάνω δικαιώματα, ο ιατρός οφείλει να σας απαντήσει εντός 1 μηνός είτε ικανοποιώντας το δικαίωμα (π.χ. δίνοντας σας αντίγραφο του ιατρικού σας φακέλου) είτε απορρίπτοντας αιτιολογημένα το αίτημα σας (π.χ. αρνούμενος αίτημα διαγραφής, λόγω του ότι ο νόμος υποχρεώνει τον ιατρό να το διατηρήσει για 10 χρόνια) είτε εξηγώντας τους λόγους καθυστέρησης. Σε κάθε περίπτωση καθυστέρησης οφείλει πάντως ο ιατρός να απαντήσει θετικά ή αρνητικά εντός 3 μηνών από το αίτημα.
5. Εφόσον παρέχετε τη συγκατάθεσή σας, ο ιατρός θα κάνει χρήση των προσωπικών σας δεδομένων/ του παιδιού σας και για τους ακόλουθους σκοπούς:
 - Για να κάνει χρήση της πρόσβασης που παρέχεται από το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης του ΗΔΙΚΑ προκειμένου να αντλεί πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό πάσης φύσεως συνταγογραφηθέντων φαρμάκων και εξετάσεων ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
 - Ενημέρωση για θέματα υγείας σας/ του παιδιού σας. (Εάν δεν παρέχετε τη συγκατάθεσή σας, ο ιατρός δεν θα χρησιμοποιήσει τα στοιχεία επικοινωνίας, εκτός εάν συντρέχει περίπτωση προστασίας ζωτικών συμφερόντων δικών σας ή τρίτων ή υπέρτερου δημόσιου συμφέροντος). ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ



ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ & ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

- Αποστολή των δεδομένων του ιατρικού σας / του παιδιού σας σε τρίτα κέντρα υγείας εκτός του νοσοκομείου μας, με σκοπό τη συνεργασία με επιπλέον ειδικούς επαγγελματίες υγείας σχετικά με την θεραπεία σας/του παιδιού σας. Σε αυτή την περίπτωση τα δεδομένα θα διακινούνται λαμβάνοντας όλα τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία τους. ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
- Λήψη φωτογραφιών ή βιντεοσκόπηση για την παρακολούθηση της πορείας της υγείας σας/ του παιδιού σας. ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
- Δημοσιοποίηση φωτογραφιών σας/ του παιδιού σας σε μελέτες, συνέδρια ή περιοδικά, με μέριμνα ώστε να μην αποκαλύπτεται άμεσα ή έμμεσα η ταυτότητά σας/ του παιδιού σας. ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
- Επικοινωνία μαζί σας για διάφορες ενημερώσεις που αφορούν τις δραστηριότητες που αφορούν στο παιδί σας. ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Μπορείτε να επιλέξετε είτε ορισμένους είτε όλους του ανωτέρω σκοπούς.

Σε κάθε περίπτωση, επισημαίνεται ότι κάθε ιατρός ούτως ή άλλως δεσμεύεται από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας να διασφαλίζει το ιατρικό απόρρητο και να προστατεύει τα στοιχεία των ασθενών του.

Διάβασα και κατανόησα όλα τα παραπάνω και επέλεξα ελεύθερα για ποιους σκοπούς επιθυμώ ή δεν επιθυμώ να παρέχω τη συγκατάθεσή μου.

Ασθενής (Ονοματεπώνυμο/ημερομηνία γέννησης)

Ημερομηνία

Υπογραφή

Σε περίπτωση ανήλικου:

Ο Ασκών την γονική μέριμνα (Ονοματεπώνυμο)

Ημερομηνία

Υπογραφή