Beleegyező nyilatkozat egészségügyi adatok kezeléséhez és humán egészségügyi szolgáltatás elvégzéséhez

Páciens családi és utóneve: ……..

Törvényes képviselő (kiskorú esetén): ……..

Édesanyja leánykori neve: ……..

Születési helye, ideje: ……

Lakcíme: …….

Telefonszáma: …….

E-mail címe: …….

TAJ száma: …….

Egészségpénztári tagság, tagazonosító: …….

Ezen nyilatkozat alapján kijelentem, hogy egészségügyi ellátásomat a Gasztroenterológiai Centrumban igénybe kívánom venni. Hozzájárulok, hogy az állapotom tisztázásához és gyógykezelésemhez szükséges diagnosztikus és terápiás eljárásokat az Általános Szerződéses Feltételekben foglaltak szerint (továbbiakban ÁSZF)

/Diagnosztikus vizsgálatok:

Gasztroszkópia (gyomortükrözés), Kolonszkópia (vastagbéltükrözés), H2 teszt.

Szakorvosi vizsgálatok:
Gasztroenterológia, Gyermek gasztroenterológia, aneszteziológiai vizsgálat, konzultáció.
Menedzsersszűrés /

érdekeimnek megfelelően végezzék.

A jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy az adataim kezeléséről szóló adatkezelési tájékoztatást megismertem, megértettem és az abban foglaltakat elfogadom. Tudomásul veszem, hogy adataim megadására - az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény értelmében és azzal összhangban - az egészségügyi ellátás igénybevétele érdekében van szükség. Ezen adatok megadása hiányában a Gasztroenterológiai Centrum az egészségügyi ellátást nem tudja megkezdeni!

Az egészségügyi ellátás igénybevétele ugyanakkor önkéntes és ennek alapján kijelentem, hogy önként fordulok egészségügyi ellátás igénybevétele céljából a Gasztroenterológiai Centrumhoz.

Tudomásul veszem, hogy a Gasztroenterológiai Centrum a gyógykezelésemmel összefüggő szolgáltatások teljesítése során, a szolgáltatások teljesítéséhez jogosult az általános szerződési feltételek (ÁSZF) alapján kiválasztott közreműködőt igénybe venni, akinek szolgáltatásait közvetített szolgáltatásként nyújtja felém. Kijelentem, hogy a Gasztroenterológiai Centrum szolgáltatásaihoz kapcsolódó ÁSZF-ről részletes tájékoztatást kaptam, az abban foglaltakat megismertem és elfogadtam, amelyet a jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten megerősítek.

Tudomásul veszem továbbá, hogy a fenti adatok közül az e-mail címem megadása önkéntes, kezelésének jogalapja az alábbi hozzájárulás és annak kezelésére az alábbi cél(ok)ból kerülhet sor. Ennek alapján:

☐ Hozzájárulok ahhoz, hogy a Gasztroenterológiai Centrum az előre tervezett beavatkozásokról elektronikus formában tájékoztasson, a betegtájékoztatót a fent megadott e-mail címre továbbítsa részemre.

☐ Hozzájárulok ahhoz, hogy a Gasztroenterológiai Centrum számomra elektronikus számlát állítson ki, és melyet a fent megadott e-mail címre küldjön meg részemre.

☐ Hozzájárulok ahhoz, hogy a Gasztroenterológiai Centrum számomra hírlevelet küldjön.

Jogosult vagyok arra, hogy a fenti hozzájárulásomat bármikor, korlátozás nélkül a Gasztroenterológiai Centrumhoz címzett értesítéssel visszavonjam. Az értesítést az adatkezelési tájékoztató szerinti kapcsolattartási címek bármelyikére megküldhetem. A hozzájárulás visszavonása rám nézve nem jár következményekkel. A hozzájárulás visszavonása azonban nem érinti a visszavonás előtti, – a hozzájárulás alapján végrehajtott – adatkezelés jogszerűségét.

A mindenkor hatályos adatkezelési tájékoztató és ÁSZF a Gasztroenterológiai Centrum honlapján és ügyfélhelyiségeiben érhető el.

Dátum: …… Páciens aláírása:……

A Dokumedik programban rögzítette (recepciós neve): …….

Honnan halott rólunk?

- ○ Ismerős ajánlása
- ○ Nyomtatott sajtó
- ○ Internetes honlapok
- ○ Közösségi média
- ○ Egyéb, éspedig: …….