

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____ ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: _____
Α.Φ.Μ.: _____ Δ.Α.Τ. – ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΤΚ, ΠΟΛΗ, ΧΩΡΑ): _____
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ: _____ ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____ E-MAIL: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ ΚΗΔΕΜΟΝΑ (για ανήλικο ασθενή)

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____ ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: _____
Α.Φ.Μ.: _____ Δ.Α.Τ. – ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΤΚ, ΠΟΛΗ, ΧΩΡΑ): _____
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ: _____ ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____ E-MAIL: _____

ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ | GDPR COMPLIANCE

Στο πλαίσιο της Σύμβασης Παροχής Υπηρεσιών Υγείας που επιθυμώ να συνάψω με την εταιρεία με την επωνυμία «**ΟΡΗΘΑΛΜΙΚΑ**» (στο εξής «η Εταιρεία»), η οποία επέχει θέση Υπεύθυνου Επεξεργασίας, δηλώνω τα ακόλουθα, αναφορικά με τα Δεδομένα Προσωπικού Χαρακτήρα που με την παρούσα παρέχω.

Έχοντας ενημερωθεί:

- για την Πολιτική Προστασίας της Εταιρείας όπως αυτή είναι αναρτημένη στην ιστοσελίδα της Εταιρείας www.ophthalmica.gr,
- πως η Εταιρεία επεξεργάζεται τα δεδομένα που παρέχω με την παρούσα και τα ιατρικά δεδομένα που συλλέγει, στο πλαίσιο της μεταξύ μας Σύμβασης Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, με σκοπό την εκτέλεσή της και τη συμμόρφωση της Εταιρείας με την εθνική νομοθεσία,
- πως διατηρώ το δικαίωμα ανάκλησης της συγκατάθεσης προς επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα που παρέχω με την παρούσα για τους σκοπούς που παρακάτω (υπό 4) περιγράφονται, και
- πως η Εταιρεία επεξεργάζεται τα Δεδομένα Προσωπικού Χαρακτήρα που παρέχω με την παρούσα και για τους κάτωθι σκοπούς:

Α) για τηλεφωνική κλήση ή αποστολή μηνύματος (sms)/ μηνύματος ηλεκτρονικής αλληλογραφίας (e-mail) για υπενθύμιση επανελέγχου ή/και για ραντεβού, **Β)** για ενημέρωση σχετικά με τα αποτελέσματα εξετάσεων ή/ και τα ιατρικά ευρήματα, καθώς και για τη γενική πορεία και εξέλιξη της υγείας μου ή/και του τέκνου μου (για ανήλικο ασθενή), **Γ)** για χρήση του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ΗΔΙΚΑ με σκοπό τη συνταγογράφηση φαρμάκων - εξετάσεων και πρόσβαση στο ιστορικό συνταγογραφηθέντων σκευασμάτων - εξετάσεων, **Δ)** για λήψη απεικονιστικών εξετάσεων που αφορούν τον οφθαλμό για παρακολούθηση της πορείας της υγείας μου, **Ε)** για αποστολή των αποτελεσμάτων εξετάσεων ή/και των ιατρικών ευρημάτων στο θεράποντα - παραπέμποντα ιατρό, **ΣΤ)** για χρήση των παραπάνω απεικονιστικών εξετάσεων, με τη συναίνεση του θεράποντα ιατρού, σε ηλεκτρονικό πλατφόρμα διαχείρισης των αποτελεσμάτων, **Ζ)** για αποστολή των αποτελεσμάτων εξετάσεων ή/και των ιατρικών ευρημάτων με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (e-mail), **Η)** για αποστολή των τυχόν δειγμάτων αιμοληψίας σε συνεργαζόμενο/α εργαστήριο/α, **Θ)** για την χρήση των δεδομένων του ιατρικού μου φακέλου (απεικονιστικές εξετάσεις, ιστορικό, ιατρικά ευρήματα) για ιατρική έρευνα με μέριμνα περί μη άμεσης ή έμμεσης αποκάλυψης της ταυτότητάς μου, **Ι)** για αποστολή μηνυμάτων ενημέρωσης (round newsletter, sms) σχετικά με τα νέα και τις ανακοινώσεις της Εταιρείας

Κ) στην περίπτωση που εξεταστώ στο τμήμα Χειρουργικής Βλεφάρων, Δακρυϊκής Συσκευής και Οφθαλμικού Κόγχου: **1)** για τη λήψη φωτογραφιών από σημεία του προσώπου μου με χρήση φωτογραφικής μηχανής Nikon για λόγους απαραίτητης προεγχειρητικής αξιολόγησης, **2)** για τη λήψη φωτογραφιών από σημεία του προσώπου μου με χρήση φωτογραφικής μηχανής Nikon για λόγους απαραίτητης μετεγχειρητικής αξιολόγησης, **3)** για την αποθήκευση & διατήρηση του φωτογραφικού υλικού σε cloud server και δικτυακό περιβάλλον της εταιρείας Nikon για λόγους ιστορικού και απαραίτητης μετεγχειρητικής παρακολούθησης, **4)** για χρήση των παραπάνω φωτογραφιών στην ιστοσελίδα ή άλλες διαδικτυακές πλατφόρμες μέσω κοινωνικής δικτύωσης της Εταιρείας με μέριμνα περί μη άμεσης ή έμμεσης αποκάλυψης της ταυτότητάς μου (δεν αποκαλύπτεται το πρόσωπο παρά μόνο σημεία της περιοφθάλμιας περιοχής), **5)** για την χρήση των παραπάνω φωτογραφιών για ιατρική έρευνα με μέριμνα περί μη άμεσης ή έμμεσης αποκάλυψης της ταυτότητάς μου (δεν αποκαλύπτεται το πρόσωπο παρά μόνο σημεία της περιοφθάλμιας περιοχής),

Παραχωρώ στην Εταιρεία το δικαίωμα να χρησιμοποιεί, να διατηρεί και να επεξεργάζεται τα Δεδομένα στο ανωτέρω πλαίσιο.

Παραχωρώ στην Εταιρεία και την Nikon το δικαίωμα να χρησιμοποιεί, να διατηρεί και να επεξεργάζεται τα Δεδομένα στο ανωτέρω πλαίσιο.

Εξουσιοδοτώ με την παρούσα, σε περίπτωση αδυναμίας μου, να παραλάβει τα αποτελέσματα εξετάσεων ή/και τα ιατρικά ευρήματα που με αφορούν

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ (μόνο για ανήλικο ασθενή)

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____ ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: _____
Δ.Α.Τ. – ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ: _____ E-MAIL: _____
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΤΚ, ΠΟΛΗ, ΧΩΡΑ): _____
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ: _____ ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____

Ο/ Η υπογράφ _____