

**ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ & ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ
ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Ο Ορθοπαιδικός Χειρουργός Ιωάννης Καρνέζης ως νόμιμος εκπρόσωπος της ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΑΡΝΕΖΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗ Ε.Ε., Ερυθρού Σταυρού 5, 15123 Μαρούσι, σας ενημερώνει σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων:

1. Σύμφωνα με το άρθρο 14 του Ν. 3418/2005 (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας) είναι υποχρεωτική η τήρηση ιατρικού αρχείου, στο οποίο καταγράφονται τα εξής : 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. Το αρχείο αυτό τηρείται, σύμφωνα με το νόμο για χρονικό διάστημα 10 ετών μετά την τελευταία επίσκεψή σας.

2. Ο ιατρός τηρεί τα αναγκαία μέτρα ασφαλείας για τη διαφύλαξη των προσωπικών σας δεδομένων.

3. Ως ασθενής αναφορικά με τα προσωπικά σας δεδομένα, έχετε τα εξής δικαιώματα:

- Δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα σας: Το δικαίωμα να γνωρίζετε αν τα δεδομένα σας υφίστανται επεξεργασία, πώς και για ποιο σκοπό.

- Δικαίωμα διόρθωσης των δεδομένων σας: Το δικαίωμα να ζητήσετε διόρθωση των προσωπικών σας δεδομένων αν αυτά είναι ανακριβή ή ελλιπή.

- Δικαίωμα διαγραφής των δεδομένων σας ("δικαίωμα στη λήθη"): 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: Το δικαίωμα να ζητήσετε τον περιορισμό της επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων όταν συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις.

- Δικαίωμα στη φορητότητα των δεδομένων 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.

4. Εφόσον παρέχετε τη συγκατάθεσή σας, ο ιατρός θα κάνει χρήση των προσωπικών σας δεδομένων για τους ακόλουθους σκοπούς (**παρακαλώ σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ**):

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	<input type="checkbox"/> NAI	<input type="checkbox"/> OXI
Τηλεφωνική επικοινωνία μαζί σας για την οργάνωση επόμενης επίσκεψης.	<input type="checkbox"/> NAI	<input type="checkbox"/> OXI
Ενημέρωση για θέματα υγείας 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).	<input type="checkbox"/> NAI	<input type="checkbox"/> OXI
Λήψη φωτογραφιών για την παρακολούθηση της πορείας της υγείας σας.	<input type="checkbox"/> NAI	<input type="checkbox"/> OXI
Ανάρτηση στο διαδίκτυο των φωτογραφιών σας ή εκτύπωση, με μέριμνα ώστε να μην αποκαλύπτεται άμεσα ή έμμεσα η ταυτότητά σας.	<input type="checkbox"/> NAI	<input type="checkbox"/> OXI
Επικοινωνία μαζί σας για διάφορες ενημερώσεις που αφορούν τις δραστηριότητες του ιατρείου.	<input type="checkbox"/> NAI	<input type="checkbox"/> OXI
Σε περίπτωση αδυναμίας μου να προσέλθω στο χώρο του ιατρείου, ο γιατρός μπορεί να συζητά την καταστασή μου με άλλα μέλη της οικογένειας ή άτομα που αναγνωρίζω γι αυτό το σκοπό.	<input type="checkbox"/> NAI	<input type="checkbox"/> OXI

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. Για περισσότερες λεπτομέρειες διαβάστε την «Πολιτική Απορρήτου».

Ημερομηνία

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΗ:

Σε περίπτωση ανηλικού κάτω των 16 ετών:

Ονοματεπώνυμο ασκούντος τη γονική μέριμνα:

Υπογραφή