

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

Το Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας – Υγ. Μονάδα Νάουσας σας ενημερώνει σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων:

Εφόσον παρέχετε τη συγκατάθεσή σας, ο ιατρός θα κάνει χρήση των προσωπικών σας δεδομένων 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	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Τηλεφωνική επικοινωνία μαζί σας για την οργάνωση επόμενης επίσκεψης.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
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"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Λήψη φωτογραφιών για την παρακολούθηση της πορείας της υγείας σας.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Επικοινωνία μαζί σας για διάφορες ενημερώσεις που αφορούν τις δραστηριότητες του ιατρείου.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> 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.

Ημερομηνία

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΗ:

(Σε περίπτωση ανηλικού κάτω των 16 ετών: Ονοματεπώνυμο ασκούντος τη γονική μέριμνα:.....)

Υπογραφή -----