



**ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ & ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ
ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ (Δ7α)**

Το Ενδοκρινολογικό Τμήμα του ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός» 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 για ικανό χρονικό διάστημα μετά την τελευταία επίσκεψή σας, η διάρκεια του οποίου καθορίζεται από την κείμενη νομοθεσία.
- (2) Το Τμήμα 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.
 - 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, το τμήμα οφείλει να σας απαντήσει εντός 1 μηνός είτε ικανοποιώντας το δικαίωμα (π.χ. δίνοντας σας αντίγραφο του ιατρικού



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

ΚΕΝΤΡΟ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΣΥΝΗΣ ΣΠΑΝΙΩΝ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ «Δ.ΙΚΚΟΣ»

σας φακέλου) είτε απορρίπτοντας αιτιολογημένα το αίτημα σας είτε εξηγώντας τους λόγους καθυστέρησης. Σε κάθε περίπτωση καθυστέρησης πάντως το τμήμα οφείλει να απαντήσει θετικά ή αρνητικά εντός 3 μηνών από το αίτημα.

(4) Εφόσον παρέχετε τη συγκατάθεσή σας, το τμήμα 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
Εκτός από εσάς θα θέλατε άλλο άτομο να ενημερώνεται για θέματα της υγείας σας από το τμήμα : Αν ναι σημειώστε το Ονοματεπώνυμό του:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αν σας έχει παραπέμψει στο Τμήμα μας άλλος ιατρός θα θέλατε να ενημερώνεται για θέματα της υγείας σας;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Χρησιμοποίηση των δεδομένων σας για εκπαιδευτικούς με μέριμνα ώστε να μην αποκαλύπτεται άμεσα ή έμμεσα η ταυτότητά σας.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Χρησιμοποίηση των δεδομένων σας για ερευνητικές ή επιδημιολογικές μελέτες με μέριμνα ώστε να μην αποκαλύπτεται άμεσα ή έμμεσα η ταυτότητά 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
Επικοινωνία μαζί σας για το ενδεχόμενο συμμετοχής σας σε κλινικές μελέτες	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αποθήκευση βιολογικού υλικού σας (αίμα , ούρα, σίελος, ιστοί) που έχουν ληφθεί για την διάγνωση και παρακολούθηση του προβλήματός σας στο ενδοκρινολογικό εργαστήριο	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Χρησιμοποίηση βιολογικού υλικού σας (αίμα , ούρα, σίελος, ιστοί) που έχει αποθηκευθεί στο εργαστήριο του τμήματος για ερευνητικούς σκοπούς	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ

Μπορείτε να επιλέξετε είτε ορισμένους είτε όλους του ανωτέρω σκοπούς .



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

1^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

ΚΕΝΤΡΟ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΣΥΝΗΣ ΣΠΑΝΙΩΝ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ «Δ.ΙΚΚΟΣ»

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 ανηλίκου κάτω των 16 ετών: Ονοματεπώνυμο ασκούντος τη γονική μέριμνα:.....)

Υπογραφή -----