

Η υπόσχεση μας για την Προστασία των Δεδομένων σας

Η Affidea έχει δεσμευτεί να σέβεται τα δικαιώματά σας υπό το πρίσμα του νόμου περί προστασίας προσωπικών δεδομένων. Η ασφαλής διατήρηση των προσωπικών και των ιατρικών δεδομένων σας είναι εξέχουσας σημασίας για εμάς. Η **Γνωστοποίηση Ιδιωτικότητας για Ασθενείς** («Γνωστοποίηση») περιλαμβάνει τις βασικές πληροφορίες σχετικά με την από μέρους μας επεξεργασία των δεδομένων σας κατά τη διάρκεια της παροχής των ιατρικών μας υπηρεσιών. Σας παρακαλούμε να αφιερώσετε λίγο χρόνο στην ανάγνωση της παρούσας ώστε να καταστεί σαφής ο λόγος και ο τρόπος που επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά σας δεδομένα. Στην Γνωστοποίηση μπορείτε να βρείτε πληροφορίες για τα ακόλουθα:

(α) την ταυτότητα και τα στοιχεία επικοινωνίας του υπεύθυνου επεξεργασίας δεδομένων, (β) τα στοιχεία επικοινωνίας του υπεύθυνου προστασίας δεδομένων (γ) το σκοπό και τη νομική βάση της επεξεργασίας, (δ) τις πηγές των προσωπικών δεδομένων, (ε) τους αποδέκτες των προσωπικών σας δεδομένων, (στ) την περίοδο φύλαξης των προσωπικών σας δεδομένων, (ζ) τα δικαιώματά σας που υπαγορεύονται από το ΓΚΠΔ, (η) τις διεθνείς μεταφορές δεδομένων.

Η βεβαίωση σας ότι ενημερωθήκατε

Υποχρεωτική συναίνεση για την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών μας υπηρεσιών σε εσάς

Εγώ, ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η, υπογράφοντας την παρούσα δηλώνω ότι έλαβα γνώση της Γνωστοποίησης Ιδιωτικότητας Προσωπικών Δεδομένων της Affidea, που παρέχει διευκρινίσεις σχετικά με τον τρόπο που η Affidea θα επεξεργάζεται τα προσωπικά μου δεδομένα προς το σκοπό διεξαγωγής ιατρικής διάγνωσης και παροχής ιατρικής περίθαλψης.

Προαιρετική εξουσιοδότηση

Εγώ, ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η, συμπληρώνοντας τα κατωτέρω πεδία εκουσίως/ με ελεύθερη βούληση εξουσιοδοτώ την Affidea να επεξεργάζεται τα προσωπικά μου δεδομένα για πρόσθετους λόγους. Κατανοώ ότι εάν δεν συμφωνήσω στα ακόλουθα, αυτό δεν θα έχει καμία επίδραση στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών της Affidea προς εμένα. Παρακαλούμε συμπληρώστε το αντίστοιχο πεδίο:

- Συναίνω στην ανωνυμοποίηση των προσωπικών μου δεδομένων ώστε να χρησιμοποιηθούν από την Affidea και να κοινοποιηθούν για τους σκοπούς της ιατρικής έρευνας και ανάπτυξης.
- Επιθυμώ τη διατήρηση του ιατρικού μου φακέλου/ ιστορικού για 75 χρόνια από την παροχή ιατρικών υπηρεσιών από την Affidea.
- Επιθυμώ την χρήση των προσωπικών μου δεδομένων από την Affidea προκειμένου να βελτιώσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μέσω της ανάλυσης δεδομένων.
- Συναίνω στην επικοινωνία μέσω ηλεκτρονικού μηνυμάτων για δράσεις και νέα της Affidea.
- Επιθυμώ να συμμετέχω στην έρευνα ικανοποίησης πελατών της Affidea αναφορικά με τις παρεχόμενες από αυτή ιατρικές υπηρεσίες δια μέσω:
 - Προσωπικής συνέντευξης
 - e-mail
 - Τηλεφωνικής επικοινωνίας

Τόπος και ημερομηνία:

Ολογράφως το όνομα του/της ασθενούς:

Υπογραφή ασθενούς:



Εάν ο/η ασθενής δεν μπορεί να δηλώσει και/ ή να υπογράψει ο ίδιος/α για λογαριασμό του/της, παρακαλώ να μας παράσχετε το λόγο και τα στοιχεία του εκπροσώπου σας:

- Ανήλικος κάτω των [_____]
- Ενήλικος που αδυνατεί
- Άλλο

Ολογράφως το όνομα του/της εκπροσώπου:

Υπογραφή εκπροσώπου:
