

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 **Πολιτική Απορρήτου για Ασθενείς** 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 ανάγνωσή της ώστε να καταστεί σαφής ο λόγος και ο τρόπος που επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά σας δεδομένα. Στην αναλυτική Πολιτική Απορρήτου (διατίθεται στη γραμματεία και στην ιστοσελίδα μας) 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

I. Δήλωση ενημέρωσης για την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών μας υπηρεσιών σε εσάς (βλ. Παρ. 1.1. της αναλυτικής Πολιτικής Απορρήτου για Ασθενείς)

Εγώ, ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η, υπογράφοντας την παρούσα δηλώνω ότι έλαβα γνώση της Πολιτικής Απορρήτου 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.

II. Πρόσθετη εξουσιοδότηση(-εις) (προαιρετικό) (βλ. παρ. 1.3 της αναλυτικής Πολιτικής Απορρήτου για Ασθενείς)

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 (βλ. παρ. 1.3 της αναλυτικής Πολιτικής Απορρήτου για Ασθενείς). Κατανοώ ότι εάν δεν συμφωνήσω στα ακόλουθα, αυτό δεν θα έχει καμία επίδραση στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών της Affidea προς εμένα. Κατανοώ επίσης ότι μπορώ να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου ανά πάσα στιγμή

Συμφωνώ να ενημερωθώ για τις κλινικές μελέτες στις οποίες θα μπορούσα δυνητικά και εθελοντικά να συμμετάσχω.

Ναι, συμφωνώ Όχι, δεν συμφωνώ

Συμφωνώ στην ανωνυμοποίηση των προσωπικών μου δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων υγείας, ώστε να χρησιμοποιηθούν από την Affidea για σκοπούς έρευνας, ανάπτυξης, εκπαίδευσης, στατιστικούς και εμπορικούς σκοπούς. Το σύνολο των προσωπικών πληροφοριών που υπόκεινται σε ανωνυμοποίηση, περιλαμβάνει τις προσωπικές μου πληροφορίες όπως συλλέχθηκαν από την Affidea στο παρελθόν (δλδ. πριν την παροχή της παρούσας συγκατάθεσης) και όπως πρόκειται να συλλεχθούν από τη Affidea στο μέλλον εάν κάνω χρήση των υπηρεσιών της

Ναι, συμφωνώ Όχι, δεν συμφωνώ

Συμφωνώ στην επικοινωνία για νέες προσφορές της Affidea στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών

Ναι, συμφωνώ Όχι, δεν συμφωνώ

Συμφωνώ στην επικοινωνία για σκοπούς εξατομικευμένης εμπορικής προώθησης

Ναι, συμφωνώ, μέσω e-mail SMS τηλέφωνο επικοινωνίας
 Όχι, δε συμφωνώ.

III. Συλλογή ιατρικών αρχείων εντός του Ομίλου Affidea

Κατανώ ότι η διαθεσιμότητα των ιατρικών μου αρχείων μπορεί να διευκολύνει την ιατρική διάγνωση και/ή την ιατρική περίθαλψη που ζητώ από την Affidea. Εξουσιοδοτώ την Affidea να συλλέξει τα σχετικά ιατρικά μου αρχεία από(έναν) άλλο (- ους) υπεύθυνο (- ους) επεξεργασίας δεδομένων που ανήκουν στον Όμιλο Εταιρειών της Affidea στην Ελλάδα, αν χρειαστεί.

Ναι, συναινώ Όχι, δεν συναινώ

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
