



ÁLTALÁNOS HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT

- a dokumentum 2 oldalból áll -

Tájékoztatás adatkezelésről. Az egészségügyi, és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló részletes tájékoztatónkat megtekintheti honlapunkon: www.tmkorhaz.hu, vagy kérje kezelőorvosától. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 136 § határozza meg az egészségügyi szolgáltató dokumentációs kötelezettségét, e törvény rendelkezése szerint az adatkezelés jogalapja a törvényi felhatalmazás. Hatályos jogszabályok: 2016/679 EU rendelet (GDPR), 2011. évi CXII. tv (info tv), 1997. évi XLVII tv, 1997. évi CLIV. tv. Az adatokat/egészségügyi dokumentációt a törvényben meghatározott ideig tároljuk.

Kérjük az alábbiakban nyilatkozzék, hogy kinek és milyen korlátozásokkal engedélyezi – a kórház által nyújtott – az Ön állapotával, betegségével kapcsolatos tájékoztatást, adatszolgáltatást.

név, lakcím, telefonszám

Betegségem részleteiről **rajtam kívül / helyettem**

(a megfelelő szöveg bekarikázandó) tájékoztassák:

Helyettem az alábbi személy jogosult a beleegyezési, visszautasítási és tájékoztatási jogot gyakorolni:

Cselekvőképtelenné válásom esetén az alábbi személy jogosult a beleegyezési, visszautasítási és tájékoztatási jogot gyakorolni:

Személy meg nem jelölése esetén a következő sorrend érvényesül: 1. törvényes képviselő 2. beteggel közös háztartásban élő 3. házastárs, élettárs 4. gyermeke 5. szülője 6. testvére 7. nagyszülője 8. unokája.

Cselekvőképtelenné válásom esetén a beleegyezési, visszautasítási és tájékoztatási jogot **nem** gyakorolhatja az előző sorból:

A fentiekben meg nem jelölt, de az intézményben személyesen megjelenő vagy telefonon érdeklődőnek, a **bennfekvésem tényét** és az ápoló osztályom nevét **megadhatják**:

IGEN NEM

kivéve:.....

Hozzájárulok ahhoz, hogy az egészségügyi **dokumentumaimba** közeli hozzátartozóim és/vagy törvényes képviselőim **betekinthesenek** (az erre vonatkozó rendelkezéseknek megfelelően).

IGEN NEM

kivéve:.....

Engedélyezem, hogy a gyógykezelés érdekében rögzített egészségügyi **adataimat továbbítsák a házi orvosomnak**, illetve ha a gyógykezelésem során erre szükség lesz, akkor a **kórház belső informatikai hálózatán vagy más egészségügyi intézménynek**.

IGEN NEM

kivéve:.....

Jelen hozzájárulási nyilatkozathoz tartozó szóbeli és írásbeli tájékoztatást megértettem és tudomásul vettem. Az adatkezelési tájékoztatóban megjelölt, egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adataim kezeléséhez hozzájárulok.

Esetleges további kérdésem:.....

..... 20 hó..... nap
felvevő / kezelőorvos aláírása
P.H.

.....
beteg / törvényes képviselő aláírása

Ha a beteg nem tud írni, akkor szóban két tanú előtt nyilatkozhat, és a tanúk írják alá a nyilatkozatot.

1. tanú

2. tanú

név:
lakcím:
aláírás: