

Hozzájáruló nyilatkozat

Személyes- és egészségügyi adatok kezeléséhez, ill. továbbításához

Alulírott

Név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakcím:

mint a **DENTOP Center Kft. (1114, Budapest, Bartók Béla út 57. 1/5.)** (továbbiakban **Adatkezelő**) páciense önkéntesen, a megfelelő tájékoztatás birtokában az alábbi adatkezelési hozzájáruló nyilatkozatot teszem.

Adatkezelési tájékoztató

A Dentop Center Kft. *Adatvédelmi és Adatbiztonsági Szabályzattal* valamint Adatkezelési Tájékoztatóval rendelkezik, amely megismerhető és letölthető az alábbi oldalon: <https://dentop.hu/adatvedelmi-tajekoztato-gdpr/>, valamint nyomtatott formában a rendelő várójában is fellelhető. **Jelen dokumentum aláírásával nyilatkozom, hogy a Dentop Center Kft. Adatvédelmi és Adatbiztonsági Szabályzatát, valamint Adatkezelési Tájékoztatóját megismertem és az abban foglaltakat elfogadom.**

Jelen nyilatkozatom alapján **visszavonásig** hozzájárulok ahhoz, hogy Adatkezelő *Adatvédelmi és Adatbiztonsági Szabályzatban*, ill. az Adatkezelési Tájékoztatóban meghatározott feltételek alapján, az abban foglalt Adatkezelők a megadott személyes és egészségügyi Adataimat (azonosító és kapcsolattartási adataim: Név, telefonszám, e-mail cím, egyéb azonosítók) és az ellátáshoz közvetlenül szükséges egészségügyi adataimat az Adatkezelő révén nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos feladataik ellátásához szükséges mértékben kezeljék. Tudomásul veszem, hogy a jelen nyilatkozatomban foglalt hozzájárulásom alapján történő adatkezelésre a Szabályzat, illetve a mindenkor hatályos adatvédelmi jogszabályok, így különösen az EU 2016/679 sz. Általános adatvédelmi rendelete (GDPR), az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló Infotörvény, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint a gyógykezelés céljából történő adatkezeléssel kapcsolatban az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései vonatkoznak.

Hozzájáruló nyilatkozatok #1-#5 (kérjük mindegyiknél jelölni a választ)

#1 Kezeléssel kapcsolatos felhasználás

Hozzájárulok, hogy a Dentop Center Kft. rendelkezésére bocsátott személyes adataim a kezeléssel és annak **magasabb szakmai színvonalon történő ellátása érdekében továbbításra kerüljenek adatfeldolgozók részére**, különös tekintettel pl.: fogtechnikai parterek, illetve megosztásra kerüljenek a Dentop Center Kft. orvosaival szükséges a kezelés megállapítása (pl. orvosi konzílium) és összehangolt elvégzése érdekében. *(Kérem, a választ aláhúzással jelölje.)*

Igen

Nem

#2 Tudományos felhasználás

Hozzájárulok, hogy kezelésemről szakmai felvételek készüljenek, amelyek tudományos célokra kerülnek felhasználásra pl.: szakmai konferenciákon való publikáció. Tájékoztatom az érintetteket, hogy a felvételek felhasználása anonimizált módon, a Páciens nevének feltüntetése nélkül, az arcának kitakarásával történik. *(Kérem, a választ aláhúzással jelölje.)*

Igen

Nem

#3 Marketing felhasználás

Hozzájárulok, hogy kezelésemről szakmai felvételek készüljenek, amelyek marketing és referencia célokra kerülnek felhasználásra (pl. előtte-utána fotók formájában). Tájékoztatjuk az érintetteket, hogy a felvételek felhasználása anonimizált módon, a Páciens nevének feltüntetése nélkül, az arcának kitakarásával történik. *(Kérem, a választ aláhúzással jelölje.)*

Igen

Nem

#4 Hírlevél

Hozzájárulok, hogy a Dentop Center Kft. részemre az adatkezelési tájékoztatójában foglaltak alapján a megadott elérhetőségeken marketing tartalmú hírlevelet küldjön a hozzájárulásom visszavonásáig. A hozzájárulásomat bármikor visszavonhatom a lent megadottak szerint. *(Kérem, a választ aláhúzással jelölje.)*

Igen

Nem

#5 Tájékoztatás, kommunikáció, értesítések

Aláírással egyúttal visszavonásig hozzájárulok, hogy Adatkezelő részemre az általam alább megjelölt módokon a kezeléseimet érintő **időpont emlékeztető** értesítéseket küldjön *(Kérem, a választ jelölje X -szel).*

E-mail: ☐

SMS: ☐

Közvetlen levél: ☐

Aláírással egyúttal visszavonásig hozzájárulok, hogy Adatkezelő részemre az általam alább megjelölt módokon az általa nyújtott szolgáltatásokhoz kapcsolódó, személyemet is érintő **értesítéseket** küldjön *(Kérem, a választ jelölje X -szel).*

E-mail: ☐

SMS: ☐

Közvetlen levél: ☐

A hozzájárulás megadásának megtagadása semmilyen (jog)következeménnyel nem jár. A hozzájárulás megadása semmilyen vonatkozásban nem képezi előfeltételét az Adatkezelővel történő szerződéses jogviszony létesítésének, ez attól teljesen független.

Tudomásul veszem, hogy saját személyes adataim kezelésének korlátozása vagy megadásuk megtagadása akadályozhatják az egészségügyi feladatok elvégzését, a Rendelő által megcélzott minőség biztosítását.

A fentiekben megadott adatkezelési- és adattovábbítási hozzájárulásomat (részlegesen vagy teljesen) bármikor, ingyenesen, azonnali hatállyal és indoklás nélkül visszavonhatom az alábbiak szerint:

a) postai úton a rendelő címére megküldött nyilatkozattal; vagy

b) a recepicio@dentop.hu email címre megküldött nyilatkozattal.

A hozzájárulás visszavonása nem érinti a hozzájáruláson alapuló, a visszavonás előtti adatkezelés jogszerűségét, valamint a Rendelő jogszabályi kötelezettségéből fakadó adatmegőrzési kötelezettségét.

Kifogásom esetén jogom van

a) panaszt benyújtani a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz
1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c
Telefon: +36 1 391 1400
E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu web: www.naih.hu

b) jogaim megsértése esetén az Infotv. 22. §-a alapján bírósághoz fordulni.

Kelt.:, év, hónapnap

.....
Páciens