

## HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT ADATKEZELÉSHEZ

Alulírott

név, születési név:	
születési helye, ideje:	
anyja születési neve:	
lakcíme:	
telefonszáma:	
e-mail címe:	

jelen nyilatkozattal egyértelműen és kifejezetten

*hozzájárok,*

hogy egészségügyi dokumentációmban megtalálható, vagy más módon az indokolt egészségügyi szolgáltatás nyújtása céljából általam megadott személyes és egészségügyi adataimat, képi anyagokat a Swiss Clinic (Swiss Medical Services Kft, Swiss Medical Hungary Zrt., Swiss Emergency Services Kft, B Radiológiai Centrum Kft.) mint egészségügyi szolgáltató (adatkezelő) megismerje, elektronikus és/vagy papíralapon tárolja és egyben kezelje a számomra nyújtott egészségügyi szolgáltatások teljesítésével összefüggésben, betartva az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény, valamint az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 Rendelete (GDPR), továbbá a Swiss Clinic saját, az adatvédelemmel összefüggő, a hatályos jogszabályoknak megfelelő belső szabályzatainak rendelkezéseit.

Tudomásul veszem és elfogadom továbbá, hogy amennyiben egészségügyi ellátásomat biztosítóval kötött egészségbiztosítás terhére kívánom igénybe venni, úgy a fent megjelölt személyes, továbbá egészségügyi adataimnak az egészségbiztosító részére történő továbbítása nélkülözhetetlen, melyhez jelen nyilatkozattal is kifejezetten hozzájárulok, és egyúttal az adattovábbításra a Swiss Clinic részére meghatalmazást adok.

Igazolom továbbá, hogy a személyes adataim kezelésével és védelmével összefüggésben, a Swiss Clinic részéről a szükséges és megfelelő tájékoztatást megkaptam és tudomásul veszem, hogy az adatvédelemmel kapcsolatos részletes tájékoztató nyomtatott formában az ellátás helyszínén elérhető, illetve online elérhető a <https://swissclinic.hu/adatkezelesi-tajekoztato-2/> címen, mely tájékoztató tartalmát megismertem és elfogadom.

A fentiekén túl kapcsolattartási személyes adataim (e-mail címem és telefonszámom) kapcsán a megjelölt adatkezelési célokból történő felhasználására az alábbi nyilatkozatot teszem:

<b>Az adatkezelés célja</b> (kérjük jelölje ki!)	Hozzájárulok	Nem járulok hozzá
egészségügyi ellátásra vonatkozó kapcsolattartás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
közvetlen egészségügyi szolgáltatási ajánlatokat tartalmazó elektronikus hírlevél küldése	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dátum:

Aláírás: