



ΕΝΤΥΠΟ ΝΕΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

(Παρακαλούμε συμπληρώστε με ΚΕΦΑΛΑΙΑ γράμματα όλα τα πεδία)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:	ΚΩΔ. ΑΣΘΕΝΟΥΣ/ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ: /
ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑ:	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:	ΦΥΛΟ: <input type="checkbox"/> ΑΡΡΕΝ <input type="checkbox"/> ΘΗΛΥ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	Α.Μ.Κ.Α.:
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (ΟΔΟΣ/ΤΚ/ΠΕΡΙΟΧΗ):	
ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	
E-MAIL:	
ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ:	T.E.P.:
ΖΗΤΟΥΜΕΝΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ: _____ _____	

ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ		
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β <input type="checkbox"/>	ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C <input type="checkbox"/>	HIV <input type="checkbox"/>

ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΦΑΡΜΑΚΑ που τυχόν λαμβάνετε
ΣΑΚΧ. ΔΙΑΒΗΤΗΣ <input type="checkbox"/>	
ΑΝΑΙΜΙΑ <input type="checkbox"/>	
ΑΛΛΕΡΓΙΑ <input type="checkbox"/>	
ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ <input type="checkbox"/>	
ΠΑΘ. ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ <input type="checkbox"/>	

ΙΣΤΟΡΙΚΟ μόνο για έλεγχο COVID-19 (ως πριν 2-3 εβδομάδες)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Προηγούμενη λοίμωξη από SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πυρετός ή συμπτώματα γρίπης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διάρροια ή συμπτώματα από το γαστρεντερικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανοσμία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ο ιατρός Βασίλης Σιδεράς που διατηρεί το Ερευνητικό & Μικροβιολογικό Εργαστήριο με τον διακριτικό τίτλο «**Διαγνωστική Αθηνών**» που εδρεύει στην Αθήνα, οδός **Μεσογείων 6**, στην Αθήνα, τηλέφωνο 210-7777654 e-mail **info@athenslab.gr** σύμφωνα με τις διατάξεις του Κανονισμού 2016/679 καθώς και της οδηγίας 95/46/ΕΚ, περί προστασίας προσωπικών δεδομένων, ενημερώνει υπό την ιδιότητα του υπευθύνου επεξεργασίας, το φυσικό πρόσωπο που υπογράφει την παρούσα δήλωση, για τα εξής:

α. Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που περιέχονται στο **Έντυπο Νέου Ασθενούς** είναι τα εξής: **ΕΠΙΘΕΤΟ, ΟΝΟΜΑ, ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ, ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ, ΑΜΚΑ, ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (ΠΕΡΙΟΧΗ/ΤΚ), ΚΙΝΗΤΟ/ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ, E-MAIL, ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ, T.E.P.** Τα παραπάνω στοιχεία χρησιμοποιούνται για την αντιστοίχιση των δειγμάτων του ασθενούς, για ιατρικούς λόγους, για την έκδοση φορολογικών παραστατικών, για την επικοινωνία με τον ασθενή και την παράδοση των αποτελεσμάτων.



b. Τα δεδομένα «**ΙΣΤΟΡΙΚΟ**», «**ΦΑΡΜΑΚΑ που τυχόν λαμβάνετε**», «**ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**» χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για ιατρικούς σκοπούς και τήρησης ιατρικού αρχείου.

c. **ΚΑΝΕΝΑ** από τα προσωπικά δεδομένα δεν διαβιβάζεται σε τρίτους εάν δεν ζητηθεί από τον ασθενή. **ΕΞΑΙΡΕΣΗ** αποτελούν τα Υποχρεωτικώς Δηλούμενα Νοσήματα με απόλυτο σεβασμό στα προσωπικά σας δεδομένα και ακολουθώντας τον κωδικοποιημένο τρόπο επικοινωνίας με τον ΕΟΔΥ.

Ο ασθενής, αναφορικά με τα προσωπικά του δεδομένα, έχει τα εξής δικαιώματα:

1. Δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα του: Το δικαίωμα να γνωρίζει αν τα δεδομένα του υφίστανται επεξεργασία, πώς και για ποιο σκοπό.

2. Δικαίωμα διόρθωσης των δεδομένων του: Το δικαίωμα να ζητήσει διόρθωση των προσωπικών του δεδομένων αν αυτά είναι ανακριβή ή ελλιπή.

3. Δικαίωμα διαγραφής των δεδομένων του: Το δικαίωμα να ζητήσει διαγραφή ή κατάργηση των προσωπικών του δεδομένων υπό ορισμένες προϋποθέσεις.

4. Δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας των προσωπικών του δεδομένων όταν συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις.

5. Δικαίωμα στη φορητότητα των δεδομένων του. Το δικαίωμα του ασθενή να ζητήσει να αποσταλούν τα στοιχεία του σε τρίτο. (π.χ. άλλο ιατρό)

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Με την υπογραφή της παρούσας δήλωσης, ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η, τα πλήρη στοιχεία του/της οποίου/ας φαίνονται στην 1^η σελίδα, δηλώνω ότι εν πλήρει επιγνώσει, βασιζόμενος/η στην ελεύθερη και ανεμπόδιστη απόφασή μου, συμφωνώ, συναινώ και παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία όλων των προσωπικών μου δεδομένων – όπως αυτά αποτυπώνονται στο **Έντυπο Νέου Ασθενούς** της Διαγνωστικής Αθηνών για τους σκοπούς που αναφέρει η παρούσα δήλωση συγκατάθεσης. Γνωρίζω δε το δικαίωμα πρόσβασής μου στα πιο πάνω δεδομένα, το δικαίωμα εναντίωσης στην επεξεργασία τους καθώς και ανάκλησης της συγκατάθεσής μου ανά πάσα στιγμή.

Ημερομηνία.....

Υπογραφή.....

ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Με την υπογραφή της παρούσας δήλωσης, ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η, τα πλήρη στοιχεία του/της οποίου/ας φαίνονται στην 1^η σελίδα, δηλώνω ότι εν πλήρει επιγνώσει, βασιζόμενος/η στην ελεύθερη και ανεμπόδιστη απόφασή μου, συμφωνώ, συναινώ και παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την παραλαβή των αποτελεσμάτων των διαγνωστικών εξετάσεων:

- Από τον/την..... με ΑΔΤ..... σε έντυπη μορφή
- Μέσω e-mail στο
- Ταχυδρομικά στη διεύθυνση.....
- Με fax στο.....
- Αποστολή στο e-mail της Εταιρείας / Οργανισμού.....

Ημερομηνία.....

Υπογραφή.....