

**ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ & ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ
ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Ο ιατρός ΓΙΑΝΝΗΣ ΜΠΑΛΤΟΓΙΑΝΝΗΣ

2651072608

σας ενημερώνει σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων:

- (1)** Σύμφωνα με το άρθρο 14 του Ν. 3418/2005 (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας) είναι υποχρεωτική η τήρηση ιατρικού αρχείου, στο οποίο καταγράφονται τα εξής : Ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, ΑΜΚΑ, φύλο, ηλικία, επάγγελμα, διεύθυνση ασθενή, ημερομηνίες επίσκεψης, ενοχλήματα της υγείας του, λόγος της επίσκεψης, πρωτογενής και δευτερογενής διάγνωση ή αγωγή που ακολουθήθηκε, αποτελέσματα κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων. Το αρχείο αυτό τηρείται, σύμφωνα με το νόμο για χρονικό διάστημα 10 ετών μετά την τελευταία επίσκεψή σας.
- (2)** Ο ιατρός τηρεί τα αναγκαία μέτρα ασφαλείας για τη διαφύλαξη των προσωπικών σας δεδομένων.
- (3)** Ως ασθενής αναφορικά με τα προσωπικά σας δεδομένα, έχετε τα εξής δικαιώματα:

 - Δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα σας: Το δικαίωμα να γνωρίζετε αν τα δεδομένα σας υφίστανται επεξεργασία, πώς και για ποιο σκοπό.
 - Δικαίωμα διόρθωσης των δεδομένων σας: Το δικαίωμα να ζητήσετε διόρθωση των προσωπικών σας δεδομένων αν αυτά είναι ανακριβή ή ελλιπή.
 - Δικαίωμα διαγραφής των δεδομένων σας ("δικαίωμα στη λήθη"): Το δικαίωμα να ζητήσετε διαγραφή ή κατάργηση των προσωπικών σας δεδομένων, υπό ορισμένες προϋποθέσεις και μετά την πάροδο της παραπάνω αναφερόμενης δεκαετίας.
 - Δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας των δεδομένων σας: Το δικαίωμα να ζητήσετε τον περιορισμό της επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων όταν συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις.
 - Δικαίωμα στη φορητότητα των δεδομένων σας: Το δικαίωμα σας να ζητήσετε να αποσταλούν τα στοιχεία σας σε τρίτο (π.χ. άλλον ιατρό).
 - Όταν υποβάλλετε ένα αίτημα ασκώντας κάποιο από τα παραπάνω δικαιώματα, ο ιατρός οφείλει να σας απαντήσει εντός 1 μηνός είτε ικανοποιώντας το δικαίωμα (π.χ. δίνοντας σας αντίγραφο του ιατρικού σας φακέλου) είτε απορρίπτοντας αιτιολογημένα το αίτημα σας (π.χ. αρνούμενος αίτημα διαγραφής, λόγω του ότι ο νόμος υποχρεώνει τον ιατρό να το διατηρήσει για 10 χρόνια) είτε εξηγώντας τους λόγους καθυστέρησης. Σε κάθε περίπτωση καθυστέρησης οφείλει πάντως ο ιατρός να απαντήσει θετικά ή αρνητικά εντός 3 μηνών από το αίτημα.

(4) Εφόσον παρέχετε τη συγκατάθεσή σας, ο ιατρός θα κάνει χρήση των προσωπικών σας δεδομένων για τους ακόλουθους σκοπούς:

Για να κάνει χρήση της πρόσβασης που παρέχεται από το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης του ΗΔΙΚΑ προκειμένου να αντλεί πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό πάσης φύσεως συνταγογραφηθέντων φαρμάκων και εξετάσεων	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Τηλεφωνική επικοινωνία μαζί σας για την οργάνωση επόμενης επίσκεψης.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Ενημέρωση για θέματα υγείας σας. (Εάν δεν παρέχετε τη συγκατάθεσή σας, ο ιατρός δεν θα χρησιμοποιήσει τα στοιχεία επικοινωνίας, εκτός εάν συντρέχει περίπτωση προστασίας ζωτικών συμφερόντων δικών σας ή τρίτων ή υπέρτερου δημόσιου συμφέροντος).	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Λήψη φωτογραφιών για την παρακολούθηση της πορείας της υγείας σας.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Ανάρτηση στο διαδίκτυο των φωτογραφιών σας με μέριμνα ώστε να μην αποκαλύπτεται άμεσα ή έμμεσα η ταυτότητά σας.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Επικοινωνία μαζί σας για διάφορες ενημερώσεις που αφορούν τις δραστηριότητες του ιατρείου.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ