



ΤΜΗΜΑ :

Ημ/νία :

ΔΗΛΩΣΗ ΕΚΠΡΟΣΩΠΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ ΓΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΕΤΑΙ

Επώνυμο:

Όνομα:

ΑΜΚΑ:

Ηλικία:

Διεύθυνση:

Τηλ.:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

1. Ονοματεπώνυμο:

Αρ. Ταυτότητας:

Τηλ Επικοινωνίας:

Βαθμός Συγγένειας:

2. Ονοματεπώνυμο:

Αρ. Ταυτότητας:

Τηλ Επικοινωνίας:

Βαθμός Συγγένειας:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων/υπογράφουσα, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας απόλυτα το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που μου δόθηκαν σχετικά με την ανάγκη προστασίας της εμπιστευτικότητας των προσωπικών μου δεδομένων, όσον αφορά την εκπροσώπηση του παραπάνω ασθενή ο οποίος αδυνατεί να λάβει ενημέρωση για την πορεία νοσηλείας του, δηλώνω ότι αναλαμβάνω να ενημερώνομαι για την κλινική πορεία του ως άνω ασθενή και να σεβαστώ τα δικαιώματά του, σύμφωνα και με τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό για την Προστασία Ευαίσθητων Προσωπικών Δεδομένων (GDPR)

ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΚΑΘΣΤΟΥΝ ΑΝΑΓΚΑΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΡΟΣΩΠΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

.....

.....

Άλλο :

ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΟΣ

Ονοματεπώνυμο

Τηλέφωνο:

Έχω εξηγήσει στον/στην ενδιαφερόμενο/η για την φύση της ανάγκης προστασίας των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και την υποχρέωση προσαρμογής του Γενικού Νοσοκομείου Πρέβεζας στον Νέο Ευρωπαϊκό Κανονισμό για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων (GDPR) που ισχύει από 25.05.2018

ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΟΣ

Υπογραφή παραπέμποντα

1. Υπογραφή του ατόμου
που αφορά η ενημέρωση

2. Υπογραφή του ατόμου
που αναλαμβάνει την εκπροσώπηση



General
Data
Protection
Regulation

