



ΤΜΗΜΑ :

Ημ/νία :

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ Η ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ**

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:  
Ηλικία: Διεύθυνση: Τηλ.:

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΠΑΡΑΛΑΜΒΑΝΕΙ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Ο ίδιος : Συγγενής: Βαθμός συγγένειας:  
Υπάλληλος εταιρείας ταχυμεταφορών (Courier) : Εταιρεία Courier :  
Επώνυμο: Όνομα: Τηλέφωνο:

Αιτία μη παραλαβής των αποτελεσμάτων από τον ίδιο τον ασθενή :

- Αδυναμία λόγω προβλήματος κινητικότητας  
 Αδυναμία λόγω ασθένειας  
 Αδυναμία προσέλευσης στο Νοσοκομείο, λόγω απόστασης από τον τόπο διαμονής  
 Άλλος λόγος :

**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 παραλαβή των αποτελεσμάτων Ιατρικής Γνωμάτευσης που υποβλήθηκα στο Νοσοκομείο, δηλώνω ότι παρέχω την Συγκατάθεσή μου και εξουσιοδοτώ άλλον/άλλη για την παραλαβή των εν λόγω αποτελεσμάτων, σύμφωνα και με τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό για την Προστασία Ευαίσθητων Προσωπικών Δεδομένων (GDPR)

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ή ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

- Ιατρική Γνωμάτευση  
 Άλλο :  
Τμήμα διενέργειας της Εξέτασης ή Νοσηλείας :

**ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΟΣ**

Όνοματεπώνυμο 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

Υπογραφή του ατόμου  
που αφορά ο έλεγχοςΥπογραφή του ατόμου  
που παρέχεται η ΣυγκατάθεσηGeneral  
Data  
Protection  
Regulation