



Ημ/νία :

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ή ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:
Ηλικία: Διεύθυνση:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΠΑΡΑΛΑΜΒΑΝΕΙ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

Αιτία μη παραλαβής των αποτελεσμάτων από 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 Εργαστηριακού Ελέγχου ή Ιατρικής εξέτασης που υποβλήθηκα στο Νοσοκομείο, δηλώνω ότι παρέχω τη Συγκατάθεση μου και εξουσιοδοτώ άλλον/άλλη για την παραλαβή των εν λόγω αποτελεσμάτων, σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό για την Προστασία Ευαίσθητων Προσωπικών Δεδομένων (GDPR)

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ή ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- Εργαστηριακός Έλεγχος
 Εξειδικευμένη Ιατρική Εξέταση
 Άλλο:

Τμήμα διενέργειας της εξέτασης:.....

ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΟΣ

Όνοματεπώνυμο: Τηλέφωνο:

Έχω εξηγήσει στον/στην ενδιαφερόμενο/η για τη φύση της ανάγκης προστασίας των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και την υποχρέωση προσαρμογής του Γενικού Νοσοκομείου Λευκάδας στο 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 έλεγχος

Υπογραφή του ατόμου
που παρέχεται η Συγκατάθεση



General
Data
Protection
Regulation

