

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ - ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Αγαπητέ Κ/Κα

Σας ενημερώνω ότι πραγματοποιείται η μελέτη της Κλινικής του Νοσοκομείου μας, με τίτλο: «.....» και Κύριο/α Ερευνητή/τρια τον/την υπογράφοντα/ουσα.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι

Σας ενημερώνω σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων:

- ❖ Ότι σύμφωνα με το άρθρο 14 του Νόμου Ν.3418/2005 (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας) είναι υποχρεωτική η τήρηση ιατρικού αρχείου, στο οποίο καταγράφονται τα εξής: ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, φύλο, ηλικία, επάγγελμα, διεύθυνση κατοικίας, ημερομηνίες επίσκεψης, ενοχλήματα της υγείας σας, αιτία επίσκεψης στο νοσοκομείο, διάγνωση νόσου και συνοδά νοσήματα, αγωγή που ακολουθήθηκε, αποτελέσματα κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων.
- ❖ Ότι θα τηρώ τα αναγκαία μέτρα ασφαλείας για τη διαφύλαξη των προσωπικών σας δεδομένων, το οποία θα αντικατασταθούν με έναν κωδικό.
- ❖ Ότι ως ασθενής αναφορικά με τα προσωπικά σας δεδομένα έχετε τα εξής δικαιώματα:
 - Δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα σας –δικαίωμα να γνωρίζετε εάν τα δεδομένα σας υφίστανται επεξεργασία πώς και για ποιο σκοπό.
 - Δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας των δεδομένων σας-το δικαίωμα να ζητήσετε τον περιορισμό της επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων όταν συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις.
- ❖ Ότι εφόσον παρέχετε τη συγκατάθεσή σας θα μπορώ να κάνω χρήση των προσωπικών σας δεδομένων για ενημέρωσή σας πάνω σε θέματα που αφορούν την υγεία σας και θα μπορώ να επικοινωνώ μαζί σας και να προγραμματίζουμε την επίσκεψή σας.
- ❖ Τέλος σας ενημερώνω ότι μπορείτε να αποχωρήσετε από το πρωτόκολλο όποτε το επιθυμείτε.

Δεσμεύομαι να διασφαλίζω το ιατρικό απόρρητο και να προστατεύω τα προσωπικά στοιχεία των ασθενών μου.

Κύριος/α ερευνητής/τρια

Υπογραφή.....

Σφραγίδα

Τηλέφωνο

Διάβασα και κατανόησα όλα τα ανωτέρω και επέλεξα ελεύθερα να παρέχω τη συγκατάθεσή μου.

Ημερομηνία

Όνοματεπώνυμο ασθενή

Υπογραφή