

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉHEZ

Név^{1,2}.....
 Születési hely és idő¹:.....
 Lakcím^{1,2}:.....
 Anyja neve¹:
 TAJ szám¹ vagy külföldi állampolgárok esetében útleveleszám / EU kártya szám¹:.....
 Telefonszám¹:, Email¹.....

A Neurology Egészségügyi Kft (7621 Pécs Mátyás király utca 6, adószám: 11677439-1-02), mint adatkezelő az adatkezelésről az alábbiak szerint tájékoztatja:

¹ számmal jelölt személyes, valamint az ellátás során keletkezett egészségügyi adatait az egészségügyi ellátás érdekében, annak, valamint az ezzel szorosan összefüggő kapcsolattartás céljából jogi kötelezettség jogalapján, az egészségügyi adatkezelésre vonatkozó rendelkezések szerint kezeljük, a jogszabályban meghatározott határidőig. [Releváns jogszabály a 1997. évi XLVII. az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvény - különös tekintettel - 4 §. és 28 §., 30 §. (Az egészségügyi és személyazonosító adatok nyilvántartása)]

² számmal jelölt személyes adatait az egészségügyi ellátásról készült számla és nyugta céljából jogi kötelezettség alapján, a számviteli törvényben meghatározott módon és határidőig kezeljük. Az Neurology Egészségügyi Kft könyvelését külső partner, mint adatfeldolgozó végzi. [Releváns jogszabály a 2007. évi CXXVII. az általános forgalmi adóról szóló törvény (különös tekintettel a nyugta és számla megőrzési kötelezettségeire), valamint 2000. C. törvény a számvitelről (a bizonylatok megőrzése 169 §.)]

Részletes adatkezelési tájékoztató a <https://kovacsnorbert.eu/adatkezelesi-nyilatkozat/> oldalon található.

Alulírott kijelentem, hogy fenti adatok a valóságnak megfelelnek és az adatvédelmi tájékoztatót tudomásul vettem.

.....(helység),.....(dátum)(aláírás)

NYILATKOZAT TÁVKONZULTÁCIÓ IGÉNYBEVÉTELÉRŐL ÉS FELTÉTELEINEK ELFOGADÁSÁRÓL

Alulírott (név) (TAJ szám) ezúton szeretnék Prof. Dr. Kovács Norbert neurológia magánrendelésén (Szolgáltató: Neurology Egészségügyi Kft, 7621 Pécs Mátyás király utca 6, ÁNTSZ azonosító: 001007018, orvosi működési nyilvántartási szám: 62281) távkonzultációs szolgáltatást igénybe venni.

Tudomásul veszem, hogy a távkonzultáció jellegéből adódóan bizonyos mértékben korlátozottabb lehetőségeket nyújt, mint a személyes szakorvosi vizsgálat. A távkonzultáció során ebből kifolyólag rejtve maradhatnak olyan információk, fizikai elváltozások, betegségek, amelyek ismerete a továbbiakban fontos tényezőként szerepelhet a diagnózis felállításában, illetve a páciens gondozásában.

Aláírással igazolom, hogy távkonzultációs szolgáltatást a fent részletesített korlátait elfogadva szeretném igénybe venni. Vállalom, hogy az előre egyeztetett időpontban elvégzett távkonzultáció díját díjbekérő és/vagy számla ellenében a Neurology Kft bankszámlájára átutalom.

.....(helység),.....(dátum)(aláírás)

FELHATALMAZÁS AZ EESZT RENDSZERBEN TALÁLHATÓ ADATOK MEGTEKINTÉSÉHEZ

Alulírott (név) (TAJ szám) ezúton felhatalmazom Prof. Dr. Kovács Norbert (orvosi működési nyilvántartási szám: 62281) kezelőorvost, hogy az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Téren keresztül az Önrendelkezési nyilvántartásba bejegyzett nyilatkozatommal ellentétben egészségügyi és személyes adataimat egészségügyi kezelés céljából megismerje és kezelje. Jelen felhatalmazás az aláírástól számítva az igénybe venni kívánt távkonzultáció időpontjáig, annak befejezéséig szól.

.....(helység),.....(dátum)(aláírás)