

Ημ/νία : **ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
Ή ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ**

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 Πιστοποιητικού Νοσηλείας ή Ιατρικού φακέλου από το Νοσοκομείο, δηλώνω ότι παρέχω την Συγκατάθεσή μου και εξουσιοδοτώ άλλον/άλλη για την παραλαβή του φακέλου, σύμφωνα και με τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό για την Προστασία Ευαίσθητων Προσωπικών Δεδομένων (GDPR)

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ή ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- Πιστοποιητικό Νοσηλείας
 Αντίγραφο Ιατρικού Φακέλου
 Άλλο :

ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΟΣ

Όνοματεπώνυμο ΠΑΠΠΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ Τηλέφωνο: 2651099731

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

ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΟΣ

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή του ατόμου
που παρέχεται η ΣυγκατάθεσηGeneral
Data
Protection
Regulation