



ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

&

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

(σύμφωνα με τον Κανονισμό ΕΕ 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27^{ης} Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ)

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ :

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :

E- MAIL : ΤΗΛ :

ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ – ΣΚΟΠΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σας ενημερώνουμε ότι, κατά την προσέλευσή σας στο οδοντιατρείο και πριν την έναρξη παροχής των υπηρεσιών, συλλέγουμε τις εξής πληροφορίες:

Το ονοματεπώνυμο, το πατρώνυμο, το φύλο την ηλικία, το επάγγελμα, την διεύθυνση του ασθενή, τις ημερομηνίες της επίσκεψης, καθώς και κάθε άλλο ουσιώδες στοιχείο (π.χ. ΑΜΚΑ, ΑΦΜ, τηλ. επικοινωνίας), που συνδέεται με την παροχή φροντίδας στον ασθενή, τα ενοχλήματα της υγείας του και το λόγο της επίσκεψης, τη πρωτογενή και δευτερογενή διάγνωση, ή την αγωγή που ακολουθήθηκε.

Η τήρηση των πληροφοριών αυτών, οι οποίες επικαιροποιούνται, σε κάθε επίσκεψη, αποτελεί νόμιμη υποχρέωση του οδοντιάτρου, σύμφωνα με το άρθρο 12 του ΠΔ 39/2009 και διατηρούνται για δέκα (10) χρόνια από την τελευταία επίσκεψή σας. Αποτελεί δε και συμβατική υποχρέωση στα πλαίσια της συμφωνίας μας για την παροχή των οδοντιατρικών υπηρεσιών.

Η επεξεργασία είναι αναγκαία ιδίως, για την εξακρίβωση της ταυτότητας σας, τη δυνατότητα επικοινωνίας, την έκδοση φορολογικών παραστατικών, των αναγκών παροχής των υπηρεσιών και την παρακολούθηση της πορείας της υγείας σας.

Β. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Σας ενημερώνω ότι έχετε δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού, αντίταξης της επεξεργασίας, φορητότητας των δεδομένων, υποβολή καταγγελίας στην εποπτική αρχή, σύμφωνα με τα άρθρα 15-22 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (GDPR).

Για να ασκήσετε τα δικαιώματά σας μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας εγγράφως, με επιστολή στην ταχυδρομική διεύθυνση
ή με email στην ηλεκτρονική διεύθυνση

Εποπτική Αρχή είναι η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Κηφισίας 1-3, Αθήνα).

Γ. ΔΙΑΒΙΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η πρόσβαση στο αρχείο δεν είναι δυνατή σε τρίτους, πλην των, κατ' εξαίρεση, περιπτώσεων που προβλέπονται ρητά από την κείμενη νομοθεσία.

Περαιτέρω και αποκλειστικά για τις ανάγκες της θεραπείας σας θα υπάρχει πρόσβαση στο σύστημα συνταγογράφησης της ΗΔΙΚΑ και θα σας αποστέλλονται μηνύματα τηλεφωνικά ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, ενημερωτικά της κατάστασής σας ή για υπενθύμιση περιοδικού ελέγχου, ενώ προσωπικά στοιχεία σας, δύνανται να επεξεργαστούν συνεργάτες του οδοντιατρείου (οδοντίατροι, διαγνωστικά εργαστήρια, οδοντοτεχνίτες) χωρίς να απαιτείται προηγούμενα ειδική ενημέρωσή σας.

Οι τρίτοι στους οποίους διαβιβάζονται τα προσωπικά σας στοιχεία δεν δικαιούνται να κάνουν χρήση για άλλους σκοπούς.

Παράλληλα, ισχύει και το οδοντιατρικό απόρρητο.

Δ. ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

1. Συμφωνώ στην αποστολή μηνύματος μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή κινητού τηλεφώνου για νέες υπηρεσίες του οδοντιατρείου. ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

2. Συμφωνώ στην αποστολή ενημερωτικών εντύπων ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

3. Συναινώ στη χρήση εικόνων ή οδοντιατρικού ιστορικού σε επιστημονικές παρουσιάσεις σε συνέδρια, ημερίδες, ομάδες μελέτης (study club) και εν γένει επιστημονικές εκδηλώσεις, καθώς και έρευνα, διδασκαλία ή δημοσίευση σε επιστημονικά περιοδικά, αφού προηγουμένως τα δεδομένα ανωνυμοποιηθούν

και υποστούν επεξεργασία ώστε να μην είναι εφικτός ο προσδιορισμός της ταυτότητας μου. ☐ **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ**

Η παραπάνω συγκατάθεση μπορεί ελεύθερα να ανακληθεί ή να τροποποιηθεί, συνολικά ή μερικά, τα δε αποτελέσματά της θα επέρχονται μετά τη λήξη από τον οδοντίατρο της σχετικής έγγραφης δήλωσης.

.....

(Τόπος, Ημερομηνία)

Έλαβα γνώση και συναινώ

Ο ασθενής

Ονοματεπώνυμο - Υπογραφή

(Σε περίπτωση ανηλίκου κάτω των 16 ετών)

Ο ασκών τη γονική μέριμνα / επιμέλεια

Ονοματεπώνυμο - Υπογραφή