



Adatkezelési hozzájáruló nyilatkozat

személyes és egészségügyi adatok, röntgenfelvételek, CT, szájszkenner felvételek, fotók, videók kezeléséhez

Név:

Születési dátum:

Lakcím:

Mobil telefonszám:

E-mail cím:

TAJ szám:

mint a TriDent Fogászat (Tri Dent Kft.), címe: 1048 Budapest, Nádasdy Kálmán u. 17.

(továbbiakban **Adatkezelő**) páciense önkéntesen, a megfelelő tájékoztatás birtokában az alábbi adatkezelési hozzájáruló nyilatkozatot teszem.

Kijelentem, hogy cselekvőképes vagyok (nem állok gyámság alatt)

Jelen nyilatkozatom alapján, annak **visszavonásáig** hozzájárulok ahhoz, hogy Adatkezelő Adatkezelési Szabályzatában meghatározott feltételek alapján, az abban foglalt Adatkezelők a megadott személyes Adataimat (azonosító és kapcsolattartási adataim: Név, telefonszám, e-mail cím, TAJ és egyéb azonosítók) és az ellátásomhoz közvetlenül szükséges egészségügyi adataimat az Adatkezelő révén nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos feladataik ellátásához szükséges mértékben kezeljék. Tudomásul veszem, hogy a jelen nyilatkozatomban foglalt hozzájárulásom alapján történő adatkezelésre a Szabályzat, illetve a mindenkor hatályos adatvédelmi jogszabályok, így különösen az EU 2016/679 sz. Általános adatvédelmi rendelete (GDPR), az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló Infotörvény, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint a gyógykezelés céljából történő adatkezeléssel kapcsolatban az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései vonatkoznak.

Jelen nyilatkozatom alapján **hozzájárulok** ahhoz, hogy Adatkezelő a fogászati kezeléseimhez kapcsolódóan röntgent, 3D CT felvételt, 3D szájszkennerrel a fogazatomról felvételt (digitális lenyomatot), fotókat, videókat készítsen, a kezeléshez szükséges adatokat fogmű elkészítése céljából azokat a fogtechnikai labornak Adatkezelő elküldje.

Nem járulok hozzá

Jelen nyilatkozatom alapján **hozzájárulok** ahhoz, hogy Adatkezelő a fogászati kezeléseimhez kapcsolódó előtte-utána fotókat, melyeken sem arcom sem egyéb **személyes** adataim nem szerepelnek, a nyilvánosan elérhető honlapján/közösségi médiában megjeleníthesse.

Nem járulok hozzá

Jelen nyilatkozatom alapján a megadott részletezés szerint **hozzájárulok** ahhoz, hogy Adatkezelő a fogászati kezeléseimhez kapcsolódó röntgen-, 3D CT-, fotó-, 3D szájszkenner- felvételeimet arcom és egyéb **személyes** adataim feltüntetése **nélkül** szakmai továbbképző fórumokon megjeleníthesse.

A hozzájárulásomat bármikor, ingyenesen, azonnali hatállyal és indoklás nélkül visszavonhatom az alábbiak szerint:

- a) postai úton a rendelő címére megküldött nyilatkozattal; vagy
- b) a fogorvos@trident.hu címre megküldött nyilatkozattal.

A hozzájárulás visszavonása nem érinti a hozzájáruláson alapuló, a visszavonás előtti adatkezelés jogszerűségét, valamint a Rendelő jogszabályi kötelezettségéből fakadó adatmegőrzési kötelezettségét.



Kifogásom esetén jogom van

a) Az Adatkezelő Adatvédelmi Tisztviselőjéhez (Data Protection Officer) fordulni: adatvedelem@trident.hu

b) panaszt benyújtani a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz
1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c
Telefon: +36 1 391 1400 e-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu web: www.naih.hu

c) jogaim megsértése esetén az Infotv. 22. §-a alapján bírósághoz fordulni.

A hozzájárulás megadása semmilyen vonatkozásban nem képezi előfeltételét az Adatkezelővel történő szerződéses jogviszony létesítésének, ez attól teljesen független. A hozzájárulás megadásának megtagadása, vagy a fentebb ismertetett jogok gyakorlása semmilyen (jog) következménnyel nem jár.

Tudomásul veszem, hogy saját személyes adataim kezelésének korlátozása vagy megadásuk megtagadása akadályozhatják az egészségügyi feladatok elvégzését.

Tudomásul veszem, hogy az Adatkezelő helyiségeiben biztonsági megfigyelő rendszer működik.

Aláírással egyúttal visszavonásig hozzájárulok, hogy Adatkezelő részemre az általam alább megjelölt módokon a kezeléseimet érintő **időpont és kezelési emlékeztető** értesítéseket küldjön (a megfelelőket jelölje **X**-szel).

E-mail: SMS/Viber/Messenger/WhatsApp:

Aláírással egyúttal visszavonásig hozzájárulok, hogy Adatkezelő részemre az általam alább megjelölt módokon az általa nyújtott szolgáltatásokhoz kapcsolódó, személyemet is érintő **hírleveleket, akciókat, értesítéseket** küldjön (a megfelelőket jelölje **X**-szel).

E-mail: SMS/Viber/Messenger/WhatsApp:

Alulírott megbízom a Tri Dent Egészségügyi Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaságot, hogy egészségügyi szolgáltatóként fogászati állapotomat vizsgálja és betegségemet gyógyítsa. Tudomásul veszem, hogy szükség esetén kezelőorvosomat a Kft. bármely más orvosa helyettesítheti, illetőleg kezelőorvosom bármely más, a Kft.-nél tevékenykedő orvost a gyógyítással kapcsolatos konzultációba bevonhat.

Tudomásul veszem a Kft. mint megbízottam, illetve az orvos felé fennálló, a szolgáltatásának teljesítését elősegítő kötelezettségemet, ennek alapján a megfelelő gyógymód, illetve beavatkozás kiválasztása érdekében orvosommal együttműködöm, részére az általam érzett, avagy tapasztalt tünetekről, szervi jellegű észleléseimről a lehető legpontosabb tájékoztatást adok.

Kelt: Budapest, 202..

.....
Páciens aláírása