

REGISZTRÁCIÓS ADATLAP

Egészségügyi szolgáltatás igénybevételéhez



KLINIKUS
EGÉSZSÉGÜCVI ÉS SZOLGÁLTATÓ BT.

Név: _____

Leánykori név: _____

Anyja neve: _____

TAJ szám: _____

Születési hely, idő: _____

Lakcím: _____

Telefonszám: _____

Email cím: _____

Amennyiben szükséges, hozzátartozó neve és telefonszáma:

Adatkezelési hozzájárulás

A KLINIKUS BT. ADATKEZELÉSÉNEK CÉLJA SZAKORVOSI JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS NYÚJTÁSA.

Aláírással hozzájárulok, hogy a Klinikus Bt. személyes (fent megadott) és különleges (egészségügyi állapotra vonatkozó) adataimat kezelje, tárolja és meghatározott esetben – vizsgálatkérés vagy kórházi ellátás kérése céljából – továbbítsa. Az adatkezelés a mindenkori jogszabályi előírásokban – különös tekintettel az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendeletében, valamint az 1997. évi XLVII. törvényben (az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok védelméről) foglaltak, és az ezek alapján megalkotott szervezeti adatvédelmi szabályzat szerint történik. Az adatkezelés elveit és szabályait, a vonatkozó jogszabályokat, valamint az adatkezelés megszűnésével kapcsolatos és egyéb információkat részletesen a Klinikus adatvédelmi tájékoztatója tartalmazza, amely elérhető online a www.klinikus.hu/adatvedelem.html oldalon, valamint nyomtatott formában a Klinikus Bt. váróhelyiségeiben.

A megadott adatok hitelessége és pontossága: Kijelentem, hogy az átadott adatok pontosságáért és hitelességéért teljes felelősséggel tartozom.

Kelt: Tata, _____

A szolgáltatást igénybe vevő / törvényes gyám aláírása: _____