

## Adatvédelmi nyilatkozatok (adatvédelmi lap 1-3)

Osztály neve: .....

Beteg neve: ....., TAJ száma: .....

### 1.A személyes adatok kezeléséhez történő hozzájárulás

Alulírott érintett beteg/törvényes képviselő (neve: .....)

jelen nyilatkozat keretében egyértelműen és kifejezetten hozzájárulok, hogy a jelen nyilatkozattól formailag különálló egészségügyi dokumentumban megtalálható, vagy más módon az indokolt egészségügyi szolgáltatás nyújtása céljából általam megadott személyes és egészségügyi adataimat a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet (1204. Budapest, Köves u. 1.; [www.delpestikorhaz.hu](http://www.delpestikorhaz.hu), továbbiakban: Gyógyintézet) megismerje, tárolja elektronikus vagy papír alapon és egyben kezelje a számomra nyújtott egészségügyi szolgáltatások teljesítésével kapcsolatban, betartva az Információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény, valamint az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 Rendelete (GDPR), továbbá a Gyógyintézet saját, az adatvédelemmel összefüggő, a hatályos jogszabályoknak megfelelő belső szabályzatai rendelkezéseit. Tudomásul veszem és elfogadom továbbá, hogy fentiek szerint megjelölt személyes- és egészségügyi adataimnak a Gyógyintézet által történő kezelése, valamint az egészségbiztosító részére történő továbbítása nélkülözhetetlen az „Egészségügyről” szóló 1997. évi CLIV törvény, valamint „a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól” szóló 1997. évi LXXXIII. törvény rendelkezéseiben foglalt kötelezettségek teljesítése érdekében. Igazolom továbbá, hogy a személyes adataim kezelésével és védelmével összefüggésben, a Gyógyintézet részéről a szükséges és megfelelő tájékoztatást megkaptam és tudomásul veszem, hogy az adatvédelemmel kapcsolatos részletes szabályok a Gyógyintézet honlapján ([www.delpestikorhaz.hu/adatvedelem](http://www.delpestikorhaz.hu/adatvedelem) címszó alatt) megismerhetőek.

A fentiek szerinti, személyes adataim kezelésével összefüggő nyilatkozatot elolvastam és

**ELFOGADOM**

**NEM FOGADOM EL**

Budapest, 2018. ....

.....  
NÉV, aláírás

### 2. Tájékoztatási rendelkezések a kórházi felvétel kapcsán

Alulírott ..... (beteg neve, ill. törvényes képviselő neve) kijelentem, hogy a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórházba (a továbbiakban kórház) történő felvétel kapcsán a gyógykezelés tényéről vagy az állapotom kapcsán:

**a) Az érdeklődőknek a bent fekvésem tényét, és az ápoló osztályom nevét megadhatják.**

**b) Megtiltom, hogy a kórház a gyógykezelés tényét vagy az azzal kapcsolatos egyéb információt más előtt feltárja.** Tudomásul veszem, hogy ettől a kórház gondozásom érdekében a közeli hozzátartozóim vagy a gondozásomra köteles személy (törvényes képviselő, vagy kijelölt gondnok stb. ) képviselő kérésére eltekinthet.

**c) A gyógykezelés tényét vagy az azzal kapcsolatos egyéb információt a kórház csak az alább felsorolt személyek előtt tárhatja fel.**

.....(név, lakcím)

..... (név, lakcím )

**d) A gyógykezelés tényét vagy az azzal kapcsolatos egyéb információt a kórház az alább felsorolt személyek előtt semmilyen körülmények között nem tárhatja fel.**

..... (név, lakcím)

..... (név, lakcím)

**e) Megtiltom, hogy a kórház a gyógykezelés tényét vagy az azzal kapcsolatos egyéb információt más előtt feltárja. Ettől a kórház csak cselekvőképtelenné válásom esetén, az alábbi személy javára térhet el.**

..... (név, lakcím)

.....  
Nyilatkozó aláírása/szignó

### 3. A joggyakorlásra való felhatalmazás, illetve az abból való kizárás

Alulírott ..... (beteg neve, ill. törvényes képviselő neve) kijelentem, hogy a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórházba (a továbbiakban kórház) történő felvétel kapcsán a gyógykezelés tényéről vagy az állapotom kapcsán:

a) A gyógykezeléshez és beavatkozáshoz való hozzájárulás, illetve azok visszautasításának jogát helyettem **az alábbi cselekvőképes személy jogosult gyakorolni.**

..... (név, lakcím)

b) A gyógykezeléshez és beavatkozáshoz való hozzájárulás, illetve azok visszautasításának jogát **tudatzavar vagy cselekvőképességet kizáró, valamint korlátozó állapot kialakulása esetén helyettem az alábbi cselekvőképes személy jogosult gyakorolni.**

..... (név, lakcím)

c) A gyógykezeléshez és beavatkozáshoz való hozzájárulás, illetve azok visszautasításának jogát helyettem az alábbi személy/személyek **nem jogosultak gyakorolni.**

..... (név, lakcím)

..... (név, lakcím)

Budapest, .....év .....hó .....nap

orvos aláírása, pecsétje

beteg aláírása

törvényes képviselő aláírása

Beteg neve: .....Anyja neve:.....

Lakcíme: .....TAJ száma: .....

Törvényes képviselő neve..... Törvényes kapcsolat jellege:.....

Törvényes képviselő lakcíme.....