



ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ & ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ο παιδίατρος Αντώνιος Μακρής του Στυλιανού, διεύθυνση 25^{ης} Μαρτίου 2, Παπάγου-Χολαργού, σας ενημερώνει σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων του παιδιού σας:

1. Σύμφωνα με το άρθρο 14 του Ν. 3418/2005 (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας) είναι υποχρεωτική η τήρηση ιατρικού αρχείου. Στο ιατρικό αρχείο του παιδίατρου καταγράφονται τα εξής: ονοματεπώνυμο παιδιού, πατρώνυμο, μητρώνυμο, φύλο, ημερομηνία γέννησης, ηλικία, διεύθυνση, ατομικό ιστορικό, οικογενειακό ιστορικό, ημερομηνίες επίσκεψης, λόγος επίσκεψης, συμπτωματολογία, διάγνωση, αγωγή, αποτελέσματα κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων. Το αρχείο αυτό τηρείται, σύμφωνα με το νόμο για χρονικό διάστημα 10 ετών μετά την τελευταία επίσκεψή σας.
2. Ο ιατρός τηρεί τα αναγκαία μέτρα ασφαλείας για τη διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων.
3. Ως ασκούντες τη γονική μέριμνα του παιδιού αναφορικά με τα προσωπικά δεδομένα, έχετε τα εξής δικαιώματα:
 - Δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα του παιδιού: δικαίωμα να γνωρίζετε αν τα δεδομένα υφίστανται επεξεργασία, πώς και για ποιο σκοπό.
 - Δικαίωμα διόρθωσης των δεδομένων του παιδιού: δικαίωμα να ζητήσετε διόρθωση των προσωπικών δεδομένων αν αυτά είναι ανακριβή ή ελλιπή.
 - Δικαίωμα διαγραφής των δεδομένων του παιδιού ("δικαίωμα στη λήθη"): δικαίωμα να ζητήσετε διαγραφή ή κατάργηση των προσωπικών δεδομένων, υπό ορισμένες προϋποθέσεις και μετά την πάροδο της παραπάνω αναφερόμενης δεκαετίας.
 - Δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας των δεδομένων του παιδιού: δικαίωμα να ζητήσετε τον περιορισμό της επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων όταν συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις.
 - Δικαίωμα στη φορητότητα των δεδομένων του παιδιού: δικαίωμα να ζητήσετε να αποσταλούν τα στοιχεία σε τρίτο (π.χ. άλλον ιατρό).
4. Όταν υποβάλλετε ένα αίτημα ασκώντας κάποιο από τα παραπάνω δικαιώματα, ο ιατρός οφείλει να σας απαντήσει εντός 1 μηνός, είτε ικανοποιώντας το δικαίωμα (π.χ. δίνοντας σας αντίγραφο του ιατρικού φακέλου), είτε απορρίπτοντας αιτιολογημένα το αίτημα σας (π.χ. αρνούμενος αίτημα διαγραφής, λόγω του ότι ο νόμος υποχρεώνει τον ιατρό να το διατηρήσει για 10 χρόνια), είτε εξηγώντας τους λόγους καθυστέρησης. Σε κάθε περίπτωση καθυστέρησης οφείλει πάντως ο ιατρός να απαντήσει θετικά ή αρνητικά εντός 3 μηνών από το αίτημα.

5. Εφόσον παρέχετε τη συγκατάθεσή σας, ο ιατρός θα κάνει χρήση των προσωπικών δεδομένων του παιδιού σας για τους ακόλουθους σκοπούς:

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
i.	Επικοινωνία μαζί σας (τηλεφωνική, ηλεκτρονική κ.τ.λ.) για τον προγραμματισμό επόμενων επισκέψεων και άλλα διαδικαστικά θέματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii.	Χρήση της πρόσβασης που παρέχεται από το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης του ΗΔΙΚΑ και άντληση πληροφοριών σχετικά με το ιστορικό πάσης φύσεως συνταγογραφηθέντων φαρμάκων και εξετάσεων του παιδιού.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii.	Ενημέρωση για θέματα υγείας του παιδιού (αν δεν παρέχετε τη συγκατάθεσή σας, ο ιατρός δεν θα μπορεί να χρησιμοποιήσει τα στοιχεία επικοινωνίας, εκτός εάν συντρέχει περίπτωση προστασίας ζωτικών συμφερόντων του παιδιού ή δικών σας ή τρίτων ή υπέρτερου δημόσιου συμφέροντος).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iv.	Διαβίβαση των ιατρικών δεδομένων σε άλλο ιατρό ή ιατρική δομή για διαγνωστικούς ή/και θεραπευτικούς σκοπούς.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v.	Επικοινωνία μαζί σας για διάφορες ενημερώσεις που αφορούν στις δραστηριότητες του ιατρείου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vi.	Χρήση των ιατρικών δεδομένων για επιστημονικούς -ερευνητικούς σκοπούς, χωρίς να αποκαλύπτεται άμεσα ή έμμεσα η ταυτότητα του παιδιού.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vii.	Λήψη φωτογραφιών για την παρακολούθηση της πορείας της υγείας του παιδιού.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
viii.	Ανάρτηση στο διαδίκτυο φωτογραφιών με μέριμνα ώστε να μην αποκαλύπτεται άμεσα ή έμμεσα η ταυτότητα του παιδιού.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Μπορείτε να επιλέξετε είτε ορισμένους είτε όλους του προαναφερόμενους σκοπούς.

Σε κάθε περίπτωση, επισημαίνεται ότι κάθε ιατρός ούτως ή άλλως δεσμεύεται από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας να διασφαλίζει το ιατρικό απόρρητο και να προστατεύει τα στοιχεία των ασθενών του.

Διάβασα και κατανόησα όλα τα παραπάνω και επέλεξα ελεύθερα για ποιους σκοπούς επιθυμώ ή δεν επιθυμώ να παρέχω τη συγκατάθεσή μου.

Η συγκατάθεσή μου αφορά στο τέκνο ή τα τέκνα μου τα οποία αναφέρονται παρακάτω:

Ημερομηνία _____/_____/202____

Όνομ/μο ασκούντος τη γονική μέριμνα:

Υπογραφή: