

Hozzájáruló Nyilatkozat

kapcsolattartási célú adatkezeléshez

Alulírott _____ (TAJ-szám: _____), a **Dr. Rettegi Egészségügyi és Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság** (Adatkezelő) által nyújtott egészségügyi szolgáltatások igénybevétele céljából, önkéntesen és tájékoztatásom birtokában az alábbi nyilatkozatot teszem:

I. Adatkezelés a Gyógykezeléssel Összefüggésben (Jogi Kötelezettség)

Tudomásul veszem, hogy az Adatkezelő az **egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény** (Eüak. tv.) és a **GDPR 6. cikk (1) bek. c) és h) pontja** alapján köteles kezelni a beazonosításomhoz szükséges személyes adataimat és a gyógykezeléshez elengedhetetlen kapcsolattartási adataimat.

Cél	Kezelt adatok	Jogalap
Gyógykezelés céljából (pl. életveszély esetén a hozzátartozó értesítése, vizsgálati eredményről való tájékoztatás)	Név, Telefonszám, E-mail cím	Jogi kötelezettség, létfontosságú érdekek védelme

II. Adatkezelés Kényelmi és Szervezési Célból (Hozzájárulás)

A gyógykezeléstől elkülönülten, az alábbi, **nem jogszabályi kötelezettségen alapuló** adatkezelési célokhoz önkéntesen és tájékoztatásom birtokában hozzájárulok/nem járulok hozzá.

Tudomásul veszem, hogy a hozzájárulásom megtagadása **nem érinti az egészségügyi ellátáshoz való jogomat**.

Cél	Kezelt adatok	Hozzájárulás (Kérjük, jelölje aláhúzással)
Időpont-émlektető küldése (SMS/e-mail a foglalt időpont előtt)	Telefonszám, E-mail cím	HOZZÁJÁRULOK / NEM JÁRULOK HOZZÁ
Elmaradt időpontok egyeztetése céljából történő telefonos megkeresés	Telefonszám	HOZZÁJÁRULOK / NEM JÁRULOK HOZZÁ

Tájékoztatás visszavonásról

Tudomásul veszem, hogy a **II. pontban** megadott hozzájárulásaimat bármikor, indoklás nélkül visszavonhatom, ami nem érinti a visszavonás előtti, hozzájáruláson alapuló adatkezelés jogszerűségét. A visszavonás a **rettegi@freestart.hu** címre küldött e-mail útján kezdeményezhető.

Az Adatkezelési tájékoztató a Rendelőben rendelési időben elérhető.

Kelt: _____, 20____ év _____ hó _____ nap

A Páciens aláírása

Az Adatkezelő képviselőjének aláírása