



ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ & ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ- ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ουσα, δηλώνω με το παρόν ότι διάβασα το ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΛΩΣΗΣ – ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ στη δεύτερη σελίδα του παρόντος και ενημερώθηκα πλήρως και ενδελεχώς σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας, από τον ιατρό μου, ή/και τον υπεύθυνο ιατρό ή/και τον διευθυντή επιστημονικού προσωπικού, της εταιρείας με την επωνυμία «GENEKOR ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» για τις διαγνωστικές εξετάσεις, όπως αυτές ζητήθηκαν από τον παραπέμποντα ιατρό μου

Κατόπιν της ενημέρωσής μου αυτής, ο/η κάτωθι υπογράφων/ουσα, δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεσή μου στην ανωτέρω ιατρική εταιρεία να προχωρήσει με το αρμόδιο και κατάλληλο προσωπικό στη διενέργεια της/των διαγνωστικής/ων εξέτασης/εων καθώς και της κάθε ενέργειας, η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής/ων. Σε περίπτωση που για τη διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων είναι αναγκαία η επεξεργασία δεδομένων υγείας πλησιέστερων συγγενών για λόγους κληρονομικότητας, τότε δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω ενημερώσει πλήρως τα πρόσωπα αυτά σχετικά με την διαβίβαση και επεξεργασία των προσωπικών τους δεδομένων και έχω λάβει τη σχετική προς τούτο συγκατάθεσή τους.

Η επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνει σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό 2016/679 και τον Ν. 4624/2019.

Περαιτέρω, δίνω ρητώς τη συγκατάθεσή μου στην κοινοποίηση των αποτελεσμάτων των εξετάσεών μου στον παραπέμποντα ιατρό.

Κατόπιν των ανωτέρω, δηλώνω ότι επιθυμώ τα αποτελέσματα μου (συμπληρώστε ένα από τα παρακάτω):

να μου σταλούν στην προσωπική ηλεκτρονική διεύθυνση μου (email):..... ή

να μου σταλούν στην προσωπική ταχυδρομική διεύθυνση μου:..... ή

να παραδοθούν στοντου, με την επίδειξη της ταυτότητάς του, τον οποίο ειδικά, με το παρόν έγγραφο εξουσιοδοτώ.

Επίσης, εκτός από τον παραπέμποντα ιατρό παρακαλώ όπως αποστείλετε τα αποτελέσματα μου και στον κάτωθι ιατρό:

.....

Ενημερώθηκα ότι το βιολογικό μου υλικό ενδέχεται να αναλωθεί πλήρως για τις ανάγκες των αναλύσεων και εξουσιοδοτώ την εταιρεία «GENEKOR ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» όπως επιστρέψει το τυχόν εναπομείναν βιολογικό υλικό (όταν και όπου είναι απαραίτητο) στο παθολογοανατομικό εργαστήριο, το οποίο διενήργησε την ιστολογική εξέταση μου. Σε διαφορετική περίπτωση ζητώ να αποσταλεί σ.....

Γέρακας, Παλλήνης:/...../ 20....

Υπογραφή: _____

Όνοματεπώνυμο: _____

ΑΜΚΑ: _____



ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΛΩΣΗΣ - ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τα προσωπικά στοιχεία (προσωπικά δεδομένα – ευαίσθητα και μη π.χ. στοιχεία ταυτότητας, επικοινωνίας, στοιχεία απαραίτητα για έκδοση νόμιμων φορολογικών παραστατικών, δεδομένα που αφορούν κατάσταση υγείας και ιατρικό ιστορικό) που δηλώνονται πρέπει να είναι ακριβή και διαβιβάζονται στην Ιατρική εταιρεία με την επωνυμία «GENEKOR ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» και το διακριτικό τίτλο «GENEKOR I.A.E.» για την επεξεργασία αυτών με σκοπό την παροχή σε εμένα των ιατρικών υπηρεσιών, τις οποίες αιτήθηκα από την άνω εταιρεία καθώς και την τήρηση του ιατρικού μου αρχείου σύμφωνα με την ιατρική νομοθεσία.

Ενημερώθηκα ότι υπεύθυνος επεξεργασίας για τα προσωπικά μου δεδομένα είναι η Ιατρική Εταιρεία με την επωνυμία «GENEKOR ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» και το διακριτικό τίτλο «GENEKOR I.A.E.», με έδρα στον Γέρακα Παλλήνης Αττικής, (Λ. Σπάτων 52), με τηλέφωνο επικοινωνίας: 210-6032138, φαξ: 210-6032148 και email: info@genekor.com

Ενημερώθηκα επίσης, ότι τα προσωπικά μου δεδομένα δεν θα χρησιμοποιηθούν για κανέναν άλλο σκοπό, ούτε θα διαβιβαστούν σε κανένα τρίτο εντός και εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης εκτός από τις περιπτώσεις για τις οποίες κρίνεται απαραίτητη η διαβίβαση των προσωπικών μου δεδομένων και του βιολογικού μου υλικού σε συνεργαζόμενα εργαστήρια για την ολοκλήρωση των εξετάσεών μου ή σε αρμόδιες φορολογικές αρχές και οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης ή θα γνωστοποιηθούν τα αποτελέσματα των εξετάσεών μου στα πρόσωπα που έχω υποδείξει χορηγώντας στην Ιατρική Εταιρεία ειδική σχετική εντολή προς τούτο την οποία μπορώ να ανακαλέσω οποτεδήποτε. Εάν θέλω να δώσω τη συγκατάθεσή μου να κοινοποιηθούν τα ιατρικά δεδομένα μου σε κάποιον τρίτο (π.χ. παραπέμποντα ιατρό, οικογενειακό ιατρό κλπ) τότε έχω ενημερωθεί ότι η Ιατρική Εταιρεία είναι μόνο υπεύθυνη για τη σύννομη διαβίβαση των δεδομένων μου στα τρίτα πρόσωπα αυτά και ότι οι δραστηριότητες επεξεργασίας των τρίτων αυτών αποδεκτών είναι εκτός ελέγχου και ευθύνης της. Ενημερώθηκα, επίσης, ότι σε περίπτωση αποστολής ή μεταφοράς δείγματος από και προς την Ιατρική Εταιρεία με χρήση εταιρείας courier, η Ιατρική Εταιρεία δεν φέρει καμία ευθύνη για οτιδήποτε συμβεί κατά το στάδιο της μεταφοράς για το οποίο αποκλειστική υπεύθυνη είναι η εταιρεία courier.

Ενημερώθηκα επίσης, ότι για τις ανάγκες της τέλεσης της εξέτασης OncotypeDX, Breast Recurrence Score® test, ή οποιασδήποτε ανάλυσης διενεργείται από την Genomic Health, το βιολογικό μου υλικό και τα προσωπικά μου δεδομένα πρέπει να διαβιβαστούν στην Εταιρεία Genomic Health Inc. Laboratories που βρίσκεται στις Η.Π.Α.

Ενημερώθηκα ότι τα αποτελέσματα των ιατρικών μου εξετάσεων, και γενικά ο ιατρικός μου φάκελος φυλάσσεται κατά τρόπο ασφαλή από την ανωτέρω Ιατρική Εταιρεία σύμφωνα με την Ιατρική Νομοθεσία και τη Νομοθεσία περί Προσωπικών Δεδομένων δυνάμει της οποίας το ιατρικό αρχείο πρέπει να τηρείται για χρονικό διάστημα δέκα (10) ετών από την τελευταία επίσκεψη του ασθενούς στα ιδιωτικά ιατρεία. Ενημερώθηκα, επίσης, ότι το εναπομείναν γενετικό μου υλικό (DNA/RNA), σε περίπτωση που δεν έχει αναλωθεί πλήρως για τις ανάγκες των αναλύσεων, θα φυλάσσεται για διάστημα τριών (3) ετών από την απομόνωσή του και κατόπιν θα καταστρέφεται.

Ενημερώθηκα, επίσης, ότι η Ιατρική Εταιρεία στο πλαίσιο της συνεχούς βελτίωσης των ιατρικών υπηρεσιών της, μπορεί να προβεί σε ανωνυμοποίηση ενός αντιγράφου των προσωπικών μου δεδομένων προκειμένου να χρησιμοποιηθεί αυτό για στατιστικούς σκοπούς και σκοπούς ιατρικής έρευνας και ανάπτυξης. Η ανωνυμοποίηση καθιστά παντελώς αδύνατη την ταυτοποίηση του προσώπου με το οποίο σχετίζονται τα προσωπικά δεδομένα. Τα ανωνυμοποιημένα δεδομένα μου, δεν θα χρησιμοποιηθούν για κανένα άλλο σκοπό και δεν θα περιέχουν ταυτοποιήσιμες πληροφορίες.

Ενημερώθηκα ότι μπορώ ανά πάσα στιγμή να ζητήσω εγγράφως από την ανωτέρω Ιατρική Εταιρεία πληροφορίες για τα προσωπικά μου δεδομένα (δικαίωμα πρόσβασης), όπως επίσης να ζητήσω εγγράφως την διόρθωση, την τροποποίηση, τη διαγραφή και τον περιορισμό της επεξεργασίας. Επίσης αντιλαμβάνομαι ότι έχω δικαίωμα εναντίωσης στην επεξεργασία καθώς και δικαίωμα στη φορητότητα των δεδομένων σύμφωνα με το Νόμο. Επιπλέον, ότι μπορώ να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου οποτεδήποτε χωρίς να θιγεί η νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στη συγκατάθεση αυτή πριν από την ανάκλησή της και γνωρίζω ότι έχω δικαίωμα καταγγελίας σε περίπτωση που αντιληφθώ ότι δεν τηρείται ο Νόμος περί προστασίας προσωπικών μου δεδομένων στην αρμόδια Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, τηλ: 2106475600 Ιστοσελίδα για υποβολή καταγγελίας: www.dpa.gr. Τέλος, ότι μπορώ να ασκήσω τα παραπάνω δικαιώματά μου αρκεί να μην προσκρούει οποιοδήποτε των άνω δικαιωμάτων μου στην υποχρέωση από τον Νόμο που έχει η προαναφερθείσα εταιρεία περί τήρησης του ιατρικού μου αρχείου.

Συμπληρωματικές του παρόντος εντύπου πληροφορίες σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών είναι διαθέσιμες ανά πάσα στιγμή στη Γενική Πολιτική Απορρήτου που είναι αναρτημένη στην ιστοσελίδα της Ιατρικής Εταιρείας www.genekor.com