



ORSZÁGOS KORÁNYI PULMONOLÓGIAI INTÉZET

Levél cím: 1121, Budapest Korányi Frigyes út 1.
TEL: 06 1 391-3200, FAX: 200-7060, E-MAIL: info@koranyi.hu
Hivatali kapu név: OKPI KRID azonosító: 454660340

Általános adatvédelmi nyilatkozat fekvőbeteg ellátáshoz

Beteg neve:

TAJ száma:

Születési hely:

Születési idő:

Lakcím, ahol tartózkodik:

.....

.....

Tel.:

Háziorvosának neve és elérhetősége:

.....

Legközelebbi hozzátartozó, aki számára állapotomról felvilágosítás adható (név, elérhetőség, hozzátartozói minőség)

.....

.....

Kedves Betegünk!

Ön az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet osztályára került felvételre kivizsgálás és gyógykezelés céljából.

Kérjük, hogy a jelen általános adatvédelmi nyilatkozat minden egyes pontjának elolvasását követően aláírásával igazolja tudomásul vételét, valamint hozzájárulását. Amennyiben bármelyik pont megállapításába nem egyezik bele, nem veszi tudomásul vagy nem fogadja el, akkor kérjük, hogy az adott pontnál írja oda, hogy „nem egyezem bele” vagy „nem járulok hozzá”, és ezt a kijelentését is külön írja alá. Aláírásaira a későbbi bizonyítás miatt van szükség, valamint hogy a hozzájárulása egyes célonként megvalósulhasson, jól láthatóan elkülönülve más célokhoz való hozzájárulásától, vagy megtagadásától. Ezáltal a hozzájárulás feltételeinek teljesítése, és az átláthatóság követelménye is megvalósul.

Az Ön személyes adatainak és a személyes adatok különleges kategóriáinak (így egészségügyi adatainak) kezelője az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet (OKPI, székhely: H-1121 Budapest, Korányi Frigyes út 1., e-mail cím: adatvedelem@koranyi.hu, képviseli: Dr. Bogos Krisztina főigazgató, adatvédelmi tisztviselő neve és elérhetőségei: Dr. Bölcskei Krisztián, postai úton elérhető az adatkezelő székhelyén, e-mail-ben az adatvedelem@koranyi.hu vagy info@adatvedelmiauditor.hu e-mail címre küldött e-mail útján).

Cél:	a nyilatkozat szerinti egyes, egymástól jól láthatóan elkülönített adatkezelési célok jogalapjainak biztosítása, valamint a későbbi bizonyítás
Jogalap:	A nyilatkozatot tevő előzetes és önkéntes, kifejezett, aktív, tevőleges magatartással megadott hozzájárulás (GDPR 6. cikk (1) a) pontja) és a személyes adatok különleges kategóriájába tartozó különleges adat tekintetében 9. cikk (2) a) pontja) Jogalap még a közfeladat ellátása (GDPR 6. cikk (1) e) pontja) a továbbá a GDPR 9. cikk (2) bek. a), b), h), i), j) pontjai alapján, hivatkozva többek között a az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezelésére és védelméről szóló 1997. XLVII. törvény; az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény és annak végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezelésének egyes kérdéseiről 62/1997. (XII. 21.) NM rendelet; az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (XII. 3.) Korm. rendelet, a határokon át terjedő járványok elleni védekezés (1991. évi törvény és az 1997. évi CLIV. törvény rendelkezéseire.
Érintettek:	Nyilatkozatban meghatározott adatok alapján beazonosítható természetes személyek (páciens, páciens hozzátartozó, dolgozó, háziorvos stb.)
Adatkategória:	Lásd a nyilatkozat adatköreit: <ul style="list-style-type: none"> • személyazonosító adatok • kapcsolattartási adatok • TAJ szám • keltezés, aláírás
Időtartam:	egészségügyi dokumentáció megőrzésének időtartamában.
Mód:	papír alapon, manuálisan
Forrás:	Nyilatkozatot tevő érintett
Automatizált döntéshozatal, profilalkotás:	Nem történik
Adattovábbítás:	Hatóság, bíróság, jogi képviselő számára, szükség esetén
Egyéb információ:	Kérjük, hogy a nyilatkozatban megnevezett hozzátartozó adatai OKPI felé történő továbbításához a jogalapot biztosítani (pl. hozzájárulás) és őt a továbbítás tényéről tájékoztatni szíveskedjék, köszönjük!

Tájékoztattak arról, hogy jogomban áll személyes adataimhoz hozzáférni, azok helyesbítését, törlését kérelmezni, illetve tudomásul veszem, hogy jogomban áll személyes adataim kezelésével kapcsolatban tiltakozással élni, korlátozással élni, a megadott hozzájárulást bármikor visszavonni, adathordozhatóság jogával élni. Joggyakorlással az adatkezelő OKPI, vagy az adatvédelmi tisztviselő elérhetőségére küldött kérelemmel élhetek, valamint panasszal fordulhatok a hatósághoz (NAIH, naih.hu, ugyfelszolgalat@naih.hu) és ha megítélésem szerint megsértették jogaimat, fordulhatok a lakóhelyem szerint illetékes törvényszékhez is.

Továbbá a tájékoztatást megkaptam és tudomásul vettem a személyes adataim kezelésével összefüggő kockázatokról, szabályokról, garanciákról, az adatkezeléssel kapcsolatban megillető jogaimról. Tudomásul veszem, hogy az egészségügyi ellátás során az ellátáshoz szükséges személyes adataimat, ideértve a személyes adatok különleges kategóriájába tartozó adatot az elektronikus egészségügyi rendszerbe rögzítik és kezelik azt a személyes adatok kezelésére vonatkozó hazai és uniós jogszabályok rendelkezéseinek betartása mellett, továbbá papír alapú nyilvántartásban is őrzik jogszabályokban meghatározott kötelező tárolási időtartamban.

.....
beteg saját kezű aláírása

EGYES TUDOMÁSUL VÉTELI ÉS HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZATOK

Tudomásul veszem, hogy az alábbi hozzájáruló nyilatkozatok szerinti hozzájárulásokat bármikor jogosult vagyok visszavonni, vagy a visszavont, vagy a meg nem adott hozzájárulást megadni az OKPI fenti osztályán tett szóbeli vagy írásbeli jelzést követően tett írásbeli nyilatkozattal, vagy központi levelezési vagy elektronikus címére, vagy az adatvédelmi tisztviselő számára küldött kérelemmel, egyúttal azt is tudomásul veszem, hogy az alábbi nyilatkozataim módosításig érvényesek.

Tudomásul veszem, hogy a kórházi elhelyezésem és ápolásom több ágyas szobában történik és a betegek, illetőleg az betegekhez érkező látogatók nincsenek a többi betegtől és látogatóktól elkülönítve. Bár a kórház személyzete az elvárható szervezési és technikai intézkedéseket megteszi az adatok bizalmas kezelése érdekében, de a kórtermek fizikai kialakítása miatt elkerülhetetlen, hogy a betegekkel, a kezelőorvosokkal, az ápolókkal, illetve egyéb egészségügyi szakdolgozókkal történő kapcsolattartás során személyes adataimról, illetve egészségi állapotomról olyan személyek is tudomást szereznek, akiket egyébként nem állt szándékomban erről tájékoztatni. Ezek ismeretében járulok hozzá a kórházi kezelésemhez és ápolásomhoz. Amennyiben személyes adataim ezen okokból sérülnek, a kórházzal szemben semmilyen kártérítési igényem nem lépek fel.

Tudomásul veszem, hogy hatékonyabb gyógykezelésem érdekében a kórházi ellátásom során szükséges lehet az intézet dolgozóinak informatikai távmunkája, amely fokozott adatvédelmi és adatbiztonsági kockázattal járhat, tekintettel arra, hogy a munka az interneten keresztül folyik és ebben a munkafolyamatban a munka az intézet kezelésén kívül álló eszközön történhet. Ennek tudatában hozzájárulok ahhoz, hogy szükség esetén adataimmal az intézet dolgozói interneten keresztüli távmunkával dolgozzanak, betartva a vonatkozó adatbiztonsági követelményeket.

Tudomásul veszem, hogy a klinkai auditokhoz a legkevesebb, legszükségesebb személyazonosító adataimat kezeljék, átadják az auditot végrehajtók számára. Az auditok időpontjáról, időtartamáról, az adattovábbítás címzettjeinek, a kezelt adatok köreiről és egyéb részletről az Intézet nyújt felvilágosítást.

Kérjük, a döntésének megfelelően tegyen X-et vagy + jelet a rubrikába! Felmerülő kérdése esetén kérjük, egyeztessen kollégákkal!

	Hozzájárulok ahhoz és kifejezetten kérem, hogy ellátással, vagy egészségügyi állapottal vagy kezeléssel érintő kérdésekkel kapcsolatban az általam megjelölt elérhetőségek bármelyikén tájékoztassanak.
	Nem járulok hozzá, nem kérek tájékoztatást.

	Hozzájárulok ahhoz és kérem, hogy az egészségügyi dokumentációm - külön kérésem esetén - a fenti lakcímemre, vagy a következő postacímre, ajánlott levélben továbbítsák részemre:
	Nem járulok hozzá adataim fenti célból történő kezeléséhez.

	Kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a betegágy nál nevé és a diétám kihelyezésre kerüljön.
	Nem járulok hozzá, hogy a betegágy nál nevé és a diétám kihelyezésre kerüljön..

	Kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy azonosításom és az ellátásom biztonsága érdekében a nevé és személyazonosító adataim betegazonosító karszalag használatával és felhelyezésével kerüljenek rögzítésre.
	Nem járulok hozzá a betegazonosító karszalag használatához.

	Kifejezetten hozzájárulok a személyes adataim klinikai elemzés célú felhasználásához.
	Nem járulok hozzá személyes adataim klinikai elemzés célú felhasználásához.

	Kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adataimat az OKPI tudományos kutatás és oktatás céljából anonimizálja, továbbá, ha a kutatás várható eredménye alapján számomra megfelelő gyógykezelés nyújtására is sor kerülhet, úgy abban az esetben álnevesítse.
	Nem járulok hozzá adataim tudományos kutatás és oktatás céljából történő anonimizálásához, sem álnevesítéséhez.

	Hozzájárulok ahhoz, hogy amennyiben szükséges, házi orvosom részére a zárójelentésemet, esetleg más egészségügyi dokumentációmát egyedileg továbbítsák, betartva az adatbiztonság követelményét.
	Nem járulok hozzá az adataim házi orvosom részére történő egyedi adattovábbításához. Ugyanakkor tudomásul veszem, hogy az EESZT-n keresztül, jogszabály által elrendelt kötelező adattovábbítást az OKPI-nek teljesítenie kell, így a házi orvos az adatokat az EESZT-n keresztül elérheti.

	Tudomásul veszem és kifejezetten hozzájárulok , hogy amennyiben gyógykezelésem érdekében szükségessé válik más, az OKPI-vel szakmai kapcsolatban álló egészségügyi intézmény bevonása, úgy az OKPI a további kezelésem és kivizsgálásom érdekében az egészségügyi adataimat tartalmazó dokumentációt, illetőleg személyes adataimat az Intézet a gyógykezelésbe bevont intézetnek átadja, vele megosztja. Az adattovábbítás címzettjéről az Intézet külön tájékoztatást ad.
	Nem járulok hozzá az adataim más, az OKPI-vel szakmai kapcsolatban álló egészségügyi intézmény számára történő továbbításához. Ugyanakkor tudomásul veszem, hogy az EESZT-n keresztül, jogszabály által elrendelt kötelező adattovábbítást az OKPI-nek teljesítenie kell.

Rendelkezem, hogy halálom esetén az alább megjelölt hozzátartozót kell tájékoztatni (név, elérhetőség, hozzátartozói minőség):

.....

Rendelkezem arról, hogy az alábbi személyek felé történő tájékoztatását tiltom meg: (név, hozzátartozói minőség)

.....

Rendelkezem arról, hogy halálom esetén a kórházban található ingóságaimat az alábbi személynek kell átadni (név, elérhetőség, hozzátartozói minőség)

.....

.....
 beteg / törvényes képviselő saját kezű aláírása

Budapest,..... év hó nap