



3060 Pásztó
Simmelweis u. 15-17.
Főigazgató: Dr. Boczek Tibor
Tel.: 32/561-000 Fax.:32/460-404
E-mail: titkarsag@pkorhaz.hu
www.pkorhaz.hu



BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

betegazonosító csuklószalag használatáról

A **Margit Kórház** a betegellátás biztonságát szolgáló *betegazonosító rendszert* működtet. A betegazonosításra szolgáló csuklószalag adattartalmát – a vonatkozó jogszabályok figyelembe vételével - az alábbiak szerint határoztuk meg:

- betűjel – a beteg monogramja
- számjegyek – olyan azonosító számok, melyek alkalmasak az ellátást végzők számára az egyértelmű azonosításra, azonban más számára nem értelmezhető.
- Ellátó fekvőbeteg osztály neve

A beteg neve:

Születési ideje:

Anyja neve:

Lakcíme:

Az Európai Parlament és a Tanács (EU) a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet) („GDPR”) szóló, 2018. május 25-től hatályos rendelete alapján alulírott az alábbi nyilatkozatokat teszem:

- a) tudomásul veszem, hogy a Kórház, mint adatkezelő a feladat ellátáshoz szükséges adatheldolgozóval együttműködve jogi kötelezettség teljesítésének jogalapjával kezeli a személyes adataimat, bizonyos adatkezelések terén (pl. videokamera rendszer működtetése) pedig jogos érdekből, megfelelő tájékoztatás mellett végzi adatkezelési tevékenységét
- b) az intézmény Egészségügyi Adatvédelmi Szabályzatát és adatkezelési tájékoztatóját könnyen hozzáférhetően – nyomtatott és elektronikus formátumban is - tanulmányozhatom, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos alapelveket és jogaimat megismerhetem
- c) nyilatkozom arról, hogy a Kórház, mint adatkezelő a személyes adatok kezelésével kapcsolatosan megfelelően biztosítja számomra a GDPR által az érintettek számára előírt alapjogokat, kiemelten a
 - c.1. célhoz kötöttség elve
 - c.2. jogszerűség, tisztességes eljárás, átláthatóság elve
 - c.3. pontosság, naprakészség elve
 - c.4. integritás és a bizalmasság jelleg elve (illetéktelen nem férhet hozzá adataimhoz)
 - c.5. az átlátható tájékoztatáshoz való jog

Alulírott kijelentem, hogy jelen egészségi állapotommal összefüggésben betegazonosító csuklószalag használatához kifejezetten hozzájárulok. Hozzájárulásom önkéntes, határozott, írásbeli, megfelelő tájékoztatáson alapul.

a kórház betegeként / a beteg törvényes képviselőjeként

(megfelelő rész aláhúzendó)

(törvényes képviselő neve:képviselő jogcíme :
....., születési ideje:....., anyja neve:
.....)

A mai napon megfelelő tájékoztatást kaptam arról, hogy saját biztonságom / a beteg biztonsága érdekében a kezelőorvos vizsgálata és megítélése alapján a betegazonosító csuklószalag alkalmazása szükséges.

A kórházban való tartózkodásom teljes ideje alatt annak folyamatos viselését
(a megfelelő válasz aláhúzendó)

vállalom

nem vállalom

.....
Beteg / törvényes képviselő aláírása

.....
Felvételt végző aláírása

Tanú 1

Tanú 2

NÉV:
CÍM:

NÉV:
CÍM:

.....
aláírás

.....
aláírás

Pásztó,év.....hó.....nap