

Angajamentul Nostru Privind Protecția Datelor

HIPERDIA SA se angajeaza sa respecte drepturile dvs. in conformitate cu legile privind protectia datelor. Mentinerea in siguranta a datelor dvs. personale si de sanatate este foarte importanta pentru noi. **Notificarea noastra privind confidentialitatea datelor pentru pacienti** („Notificarea”) contine informatii esentiale despre prelucrarea datelor de catre noi in momentul furnizarii serviciilor medicale. Va rugam sa acordati un moment citirii *Notificarii*, astfel incat sa aflati de ce si cum prelucram datele dvs. cu caracter personal. Notificarea contine informatii cu privire la: (a) identitatea si datele de contact ale operatorului de date cu caracter personal; (b) datele de contact ale responsabilului cu protectia datelor; (c) scopul si temeiul juridic ale prelucrării datelor; (d) sursele datelor dvs. cu caracter personal; (e) destinatarii datelor dvs. cu caracter personal; (f) perioada pe durata careia vor fi stocate datele dvs. cu caracter personal; (g) drepturile dvs. dupa cum sunt prevazute de legea pentru protectia datelor; (h) transferuri internationale de date.

Declaratia dvs. privind protectia datelor

I. Confirmarea Dumneavoastra (vezi clauza 1.1 a Notificarii)

Subsemnatul (subsemnata), prin semnarea acestei declaratii, confirm ca Hiperdia mi-a pus la dispozitie „Notificarea privind confidentialitatea datelor pentru pacienti” si Anexa la aceasta care ofera informatii cu privire la modul in care Hiperdia imi va prelucra datele cu caracter personal in scopul furnizarii unui diagnostic medical si/sau a unui tratament medical.

II. Autorizație(ii) suplimentară(e) - optional (vezi clauza 1.3. a Notificării)

Inteleg ca, bifand casutele de mai jos, pot autoriza in mod voluntar Hiperdia pentru a efectua prelucrarea suplimentara a datelor mele personale (sectiunea 1.3 a Notificarii furnizeaza mai multe detalii). De asemenea, inteleg ca lipsa acordului meu nu va avea niciun impact asupra serviciilor medicale pe care le primesc. Inteleg ca imi pot retrage consimtamantul in orice moment.

Imi dau acordul ca datele mele personale, inclusiv cele privitoare la sanatate sa fie anonimizate, astfel incat Hiperdia sa le poata impartasi in scopuri de cercetare si dezvoltare, scopuri educationale, statistice si comerciale. Setul de informatii personale care fac obiectul anonimizarii include date personale colectate de Hiperdia in trecut (de ex. inainte de a oferi acest consimtamant) si care pot fi colectate de Hiperdia in viitor daca voi folosi serviciile Hiperdia.

☐ **Da, sunt de acord**

☐ Nu, nu sunt de acord

Imi dau acordul pentru a fi informat in legatura cu cele mai noi oferte de servicii medicale ale Hiperdia prin e-mail (e-marketing).

☐ **Da, sunt de acord**

☐ Nu, nu sunt de acord

Imi dau acordul pentru a fi contactat in scop de marketing personalizat

☐ Da, sunt de acord, prin ☐ e-mail ☐ SMS ☐ telefon

☐ Nu, nu sunt de acord

III. Colectarea istoricului rapoartelor medicale in cadrul grupului de companii Affidea

Inteleg ca disponibilitatea istoricului meu medical poate facilita diagnosticul si/sau tratamentul pe care il solicit din partea Hiperdia. Autorizez Hiperdia sa colecteze datele relevante din istoricul meu medical de la un alt operator de date cu caracter personal apartinand grupului de companii Hiperdia, daca este necesar.

☒ Dg. sunt de acord

☐ Nu, nu sunt de acord

Numele complet al pacientului(-ei): _____

Oras si data:

Adresa email:

Semnatura pacientului(-ei): _____

Daca pacientul (pacienta) nu poate face o declaratie si/sau nu poate semna In nume propriu, va rugam sa ne furnizati motivul si identitatea reprezentantului:

☐ copil: varsta ☐ persoana cu dizabilitati ☐ altele:

*Receptionist: nume, prenume, semnatura :

Numele, prenumele reprezentantului: _____ Semnatura reprezentantului: _____

ACORDUL PACIENTULUI privind comunicarea datelor medicale (Consimtamant pentru accesul altor persoane la datele mele medicale)

Subsemnatul _____
(numele si prenumele pacientului/ numele si prenumele reprezentantului legal*), cod numeric personal _____, imi exprim **acordul** ca informatiile despre starea mea de sanatate si datele mele medicale sa fie comunicate catre persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorinta mea, pe care mi-o exprim in deplina cunostinta de cauza.

1. Spital: _____
2. Medic trimitator/ curant: _____
3. Nume, prenume _____ Grad de rudenie/ Alta relatie _____
4. Nume, prenume _____ Grad de rudenie/ Alta relatie _____
<p>X _____ Data: ____/ ____/ ____</p> <p>Semnatura pacientului/reprezentantului legal care isi exprima acordul pentru comunicarea datelor medicale personale/ale pacientului reprezentat</p>
<p>Am retras accesul la datele cu caracter confidential privind starea mea de sanatate domnului/doamnei _____</p>
<p>X _____ Data: ____/ ____/ ____</p> <p>Semnatura pacientului/reprezentantului legal care isi exprima retragerea acordului pentru comunicarea datelor medicale</p>

*Formular conform legii Drepturilor Pacientului nr.46/2003

ACORDUL PACIENTULUI privind participarea la invatamantul medical

Subsemnatul, _____
(numele si prenumele pacientului/ numele si prenumele reprezentantului legal), cod numeric personal _____, imi exprim **acordul** de a participa la invatamantul medical si pentru ca informatiile de specialitate despre starea mea de sanatate sa fie folosite in procesul de invatamant si cercetare, statistice si comerciale aceasta fiind dorinta mea, pe care mi-o exprim in deplina cunostinta de cauza.

<p>X _____ Data: ____/ ____/ ____</p> <p>Semnatura pacientului/ reprezentantului legal care isi exprima acordul pentru participarea la invatamantul medical</p>
--

*Formular conform legii Drepturilor Pacientului nr.46/2003