

**ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ & ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ**  
**ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Η InterGenetics Ιατρική Ανώνυμη Εταιρεία – Κέντρο Ιατρικής Γενετικής και Γενωμικής, που εδρεύει στην λεωφόρος Βασ. Σοφίας 120, 11526 Αθήνα στον 5<sup>ο</sup> όροφο κτιρίου γραφείων, σας ενημερώνουμε σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων:

1. Σύμφωνα με το άρθρο 14 του Ν.3418/2005 (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας) είναι υποχρεωτική η τήρηση ιατρικού αρχείου, στο οποίο καταγράφονται τα εξής:
  - Ονοματεπώνυμο
  - Πατρώνυμο
  - Φύλο
  - Ηλικία
  - Επάγγελμα
  - Διεύθυνση κατοικίας
  - Τηλέφωνα
  - Ηλεκτρονική διεύθυνση
  - Ημερομηνίες επίσκεψης
  - Αιτία παραπομπής της επίσκεψης ή της διαγνωστικής εξέτασης
  - Αποτελέσματα κλινικών ή διαγνωστικών εξετάσεων
2. Το αρχείο αυτό τηρείται, σύμφωνα με το νόμο για χρονικό διάστημα 10 ετών (ηλεκτρονικά) και 5 χρόνια (φάκελος) από την ημερομηνία επίσκεψης σας.
3. Τηρούμε τα αναγκαία μέτρα ασφαλείας για τη διαφύλαξη των προσωπικών σας δεδομένων.
4. Ως εξεταζόμενος/η αναφορικά με τα προσωπικά σας δεδομένα έχετε τα εξής δικαιώματα:
  - Δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα σας. Το δικαίωμα να γνωρίζετε αν τα δεδομένα σας υφίστανται επεξεργασία, πως και για ποιο σκοπό
  - Δικαίωμα διόρθωσης των δεδομένων σας: το δικαίωμα να ζητήσετε διόρθωση των προσωπικών δεδομένων αν αυτά είναι ανακριβή ή ελλιπή

- Δικαίωμα διαγραφής των δεδομένων σας ('δικαίωμα στη λήθη'): το δικαίωμα να ζητήσετε διαγραφή ή κατάργηση των προσωπικών σας δεδομένων, υπό ορισμένες προϋποθέσεις και μετά την πάροδο της παραπάνω αναφερόμενης δεκαετίας
- Δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας των δεδομένων σας: το δικαίωμα να ζητήσετε τον περιορισμό της επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων όταν συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις
- Δικαίωμα στη φορητότητα των δεδομένων σας: το δικαίωμα σας να ζητήσετε να αποσταλούν τα στοιχεία σας σε τρίτο (π.χ. θεράποντα ιατρό)
- Όταν υποβάλλετε ένα αίτημα ασκώντας κάποιο από τα παραπάνω δικαιώματα, οφείλουμε να σας απαντήσουμε εντός 1 μηνός είτε ικανοποιώντας το δικαίωμα (π.χ. δίνοντας σας αντίγραφο του ιατρικού σας φακέλου), είτε απορρίπτοντας αιτιολογημένα το αίτημα σας (π.χ. αρνούμαστε το αίτημα διαγραφής, λόγω του ότι ο νόμος μας υποχρεώνει να το διατηρήσουμε για 10 χρόνια), είτε εξηγώντας τους λόγους καθυστέρησης. Σε κάθε περίπτωση οφείλουμε να σας απαντήσουμε θετικά ή αρνητικά εντός 3 μηνών από το αίτημα

5. Εφόσον παρέχετε τη συγκατάθεσή σας, η InterGenetics θα κάνει χρήση των προσωπικών σας δεδομένων για τους ακόλουθους σκοπούς:

<b>Για την τηλεφωνική επικοινωνία μαζί σας για την οργάνωση επόμενης επίσκεψης</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
<b>Για την τήρηση του ιατρικού σας φακέλου και τη συνεχή ενημέρωσή του σε περίπτωση επόμενης επίσκεψης</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
<b>Σε περίπτωση κλινικής εξέτασης ανήλικου ατόμου αν χρειασθεί η λήψη φωτογραφιών για την διάγνωση ή επιβεβαίωση παθολογικού φαινοτύπου</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
<b>Αποστολή των αποτελεσμάτων των κλινικών ή γενετικών εξετάσεων σας μέσω στην ηλεκτρονική διεύθυνση του θεράποντος ιατρού σας</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
<b>Αποστολή των αποτελεσμάτων των γενετικών εξετάσεων σας μέσω στην ηλεκτρονική σας διεύθυνση</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
<b>Αποστολή των αποτελεσμάτων των κλινικών ή γενετικών εξετάσεων σας ταχυδρομικώς ή με τη χρήση courier service</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>

*Μπορείτε να επιλέξετε είτε ορισμένους, είτε όλους τους ανωτέρω σκοπούς*

Σε κάθε περίπτωση σας επισημαίνουμε ότι δεσμευόμαστε από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας για τη διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου και την προστασία των προσωπικών δεδομένων των εξεταζόμενων μας.

**Υπεύθυνα δηλώνω ότι:**

Διάβασα και κατανόησα όλα τα παραπάνω και επέλεξα ελεύθερα για ποιους σκοπούς επιθυμώ ή δεν επιθυμώ να παρέχω τη συγκατάθεσή μου.

Τόπος: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο εξεταζόμενου/ης: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Σε περίπτωση ανηλικού κάτω των 16 ετών:**

Όνοματεπώνυμο ασκούντος τη γονική μέριμνα: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....

Ο/Η υπογράφων/-ουσα