

**ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ & ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ
ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ- ΕΞΟΥΣΙΟΛΟΤΗΣΗ**

Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ουσα, δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί από τον ιατρό μου, ή/και τον υπεύθυνο ιατρό εταιρείας με την επωνυμία «istolab» για τις διαγνωστικές εξετάσεις που θα πραγματοποιηθούν στο συγκεκριμένο εργαστήριο, όπως αυτές ζητήθηκαν από τον θεράποντα ιατρό μου

.....
Ο/η κάτωθι υπογράφων/ουσα, δηλώνω ότι δίνω υπεύθυνα τη συγκατάθεσή μου στο Διαγνωστικό Εργαστήριο **istolab** για να προχωρήσει με το αρμόδιο και εξειδικευμένο προσωπικό στη διενέργεια της/των διαγνωστικής/ων εξέταση/εων καθώς και της κάθε ενέργειας, η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια ολοκλήρωσης αυτής/ων.

Επίσης, δίνω τη συγκατάθεσή μου στην κοινοποίηση των αποτελεσμάτων των εξετάσεών μου στον **παραπέμποντα ιατρό**.

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

να σταλούν στην **προσωπική ηλεκτρονική διεύθυνση** μου (email)

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

..... ή
να **παραδοθούν** στον:

.....του

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

Επίσης, εκτός από τον παραπέμποντα ιατρό παρακαλώ όπως αποστείλετε τα αποτελέσματά μου και στον **κάτωθι ιατρό**

**ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΛΩΣΗΣ – ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Εγώ, ο υπογράφων ή υπογράφουσα, δηλώνω ρητά ότι τα προσωπικά μου στοιχεία είναι ακριβή και ότι τα παρέχω στο Διαγνωστικό Εργαστήριο με την επωνυμία "**istolab**" για την επεξεργασία τους, με σκοπό την παροχή ιατρικών υπηρεσιών προς το πρόσωπό μου, όπως τις ζήτησα από την εν λόγω εταιρεία, καθώς και την διατήρηση του ιατρικού μου φακέλου σύμφωνα με την ιατρική νομοθεσία.

Επίσης, ενημερώνομαι ότι η υπεύθυνη για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων είναι το Διαγνωστικό Εργαστήριο με την επωνυμία "**istolab**", με έδρα τη Θεσσαλονίκη (Τσιμισκή 33), και με διαθέσιμα τηλέφωνο επικοινωνίας το 2311292924 και διεύθυνση email: info@istolab.gr

Επιπλέον, ενημερώνομαι ότι τα προσωπικά μου δεδομένα δεν θα χρησιμοποιηθούν για κανέναν άλλο σκοπό και δεν θα διαβιβαστούν σε τρίτους, είτε εντός είτε εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εκτός αν κριθεί απαραίτητη η διαβίβασή τους σε συνεργαζόμενα εργαστήρια για την ολοκλήρωση των εξετάσεών μου, και αυτό μόνον με την προηγούμενη γραπτή μου συγκατάθεση.

Ενημερώνομαι επίσης ότι τα αποτελέσματα των ιατρικών μου εξετάσεων, καθώς και ο γενικός μου ιατρικός φάκελος, φυλάσσονται ασφαλώς από την προαναφερθείσα Ιατρική Εταιρεία σύμφωνα με την Ιατρική Νομοθεσία. Σύμφωνα με την νομοθεσία αυτή, ο ιατρικός φάκελος πρέπει να διατηρείται για διάστημα δέκα (10) ετών από την τελευταία επίσκεψη του ασθενούς σε ιδιωτικά ιατρεία.

Επιπλέον, ενημερώνομαι ότι το υπόλοιπο ιστολογικό μου υλικό, εάν δεν έχει χρησιμοποιηθεί πλήρως για τις αναλύσεις, θα φυλάσσεται για διάστημα είκοσι (20) ετών από την απομόνωσή του, και στη συνέχεια θα καταστραφεί.

Επιπλέον, γνωρίζω ότι έχω το δικαίωμα να ζητήσω πληροφορίες για τα προσωπικά μου δεδομένα (δικαίωμα πρόσβασης) ανά πάσα στιγμή από το προαναφερθέν Διαγνωστικό Εργαστήριο, καθώς και να ζητήσω γραπτώς τη διόρθωση, την τροποποίηση, τη διαγραφή, και τον περιορισμό της επεξεργασίας τους. Επιπλέον, κατανοώ ότι έχω το δικαίωμα να αντιταχθώ στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων και να ασκήσω το δικαίωμα της φορητότητας των δεδομένων μου σύμφωνα με τον ισχύοντα νόμο. Επιπλέον, κατανοώ ότι έχω το δικαίωμα να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου ανά πάσα στιγμή, χωρίς να επηρεαστεί η νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίζεται στη συγκατάθεση αυτή πριν από την ανάκλησή της. Τέλος, γνωρίζω ότι έχω το δικαίωμα να υποβάλω καταγγελία εάν πιστεύω ότι δεν τηρείται ο νόμος περί προστασίας προσωπικών δεδομένων.

istolab :/ / 20....

Υπογραφή: _

Ονοματεπώνυμο: _

ΑΜΚΑ: _