



Mohácsi Kórház 7700 Mohács, Szepessy tér 7.

Főigazgató: Dr. Csizmadia Csaba
Tel.: (69) 511-151 Fax: (69) 311-913
e-mail: foig@mohacskorhaz.hu



BETEG hozzájárulás háziorvos részére történő elektronikus adattovábbításhoz

Alulírott

..... (név) (sz. hely, idő)

..... (anya neve) (lakcím)

..... (TAJ szám)

a jelen hozzájárulás aláírásával kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam arról, hogy az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 11. § (1) bek. alapján Mohácsi Kórház továbbítja a vizsgálatok, kezelések során megállapított egészségügyi adataim közül az alábbi dokumentumokat a megnevezett háziorvos részére, a **lentebb jelzett dátumig, illetve visszavonásig**. Tájékoztatást kaptam továbbá arról is, hogy az adattovábbítás elektronikus úton, az adatbiztonságra vonatkozó előírások betartásával történik.

Fentiekre tekintettel hozzájárulok az alábbi dokumentumok továbbításához ellátó illetve beküldő munkahelytől függetlenül:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> lelet, (dok.azon 3) | <input type="checkbox"/> Echokardiographiás lelet (dok.azon 26) |
| <input type="checkbox"/> zárójelentés, (dok.azon 4) | <input type="checkbox"/> INR lelet (dok.azon 45) |
| <input type="checkbox"/> diagnosztikai lelet, (dok.azon 12) | |
| <input type="checkbox"/> A hozzájárulásom visszavonásig érvényes. | <input type="checkbox"/> A hozzájárulásom- napjáig érvényes |

Tájékoztatást kaptam továbbá arról is, hogy az adattovábbítást megtilthatom.

....., év hó nap

.....
Beteg aláírása

HÁZIORVOS hozzájárulás elektronikus dokumentáció fogadásához

Alulírott háziorvos

.....(név, orvosi bélyegző száma)

.....(Telephely)

.....(e-mail címe)

A fenti hozzájárulásban szereplő dokumentumokat a fenti e-mail címen fogadom, kérem azok továbbítását

.....
Kezelőorvos aláírása