



Mohácsi Kórház 7700 Mohács, Szepessy tér 7.

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



KÉPVISELŐI hozzájárulás házi orvos részére történő elektronikus adattovábbításhoz

Alulírott

..... (név) (sz.hely, idő)

..... (anyja neve) (lakcím)

mint

..... (név) (sz. hely, idő)

..... (anyja neve) (lakcím)

..... (TAJ szám)

beteg törvényes képviselője a beteg nevében az alábbiakról nyilatkozom:

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, az általam képviselt beteg egészségügyi adatai közül az alábbi dokumentumokat a megnevezett házi orvos 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 a beteg nevében hozzájárulok az alábbi dokumentumok továbbításához ellátó illetve beküldő munkahelytől függetlenül:

lelet, (dok.azon 3)

Echokardiographiás lelet (dok.azon 26)

zárójelentés, (dok.azon 4)

INR lelet (dok.azon 45)

diagnosztikai lelet, (dok.azon 12)

A hozzájárulásom visszavonásig érvényes.

A hozzájárulásom- napjáig érvényes

Tájékoztatást kaptam továbbá arról is, hogy az adattovábbítást megtilthatom.

....., év hó nap

.....
Törvényes képviselő aláírása

HÁZIORVOSI hozzájárulás elektronikus dokumentáció fogadásához

Alulírott házi orvos

.....(név, orvosi bélyegző száma)

.....(Telephely)

.....(e-mail címe)

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

.....
Kezelőorvos aláírása

* a hozzájárulás csak mindkét fél beleegyezése és aláírása esetén érvényes, azt bármelyik fél írásban, elektronikus levélben visszavonhatja.