

# ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**ΟΝΟΜΑ:**

\_\_\_\_\_

**ΕΠΩΝΥΜΟ :**

\_\_\_\_\_

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:**

\_\_\_\_\_

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:**

\_\_\_\_\_

**ΦΥΛΟ:**

**ΑΜΚΑ:**

\_\_\_\_\_

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:**

**ΤΗΛ:**

**e-mail:**

\_\_\_\_\_

**ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ΦΑΡΜΑΚΑ:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ:**

\_\_\_\_\_

**ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ**  
**ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ**  
**ΣΧΗΜΑ**

Ο/Η Οδοντίατρος..... με έδρα  
..... τηλ.:.....  
e-mail ..... σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.  
4624/2019 (ΦΕΚ Α'137) Κανονισμού 2016/679 και της Οδηγίας  
95/46/ΕΚ, περί προστασίας προσωπικών δεδομένων, ενημερώνει υπό  
την ιδιότητα του υπευθύνου επεξεργασίας, το φυσικό πρόσωπο που  
υπογράφει την παρούσα δήλωση, για τα εξής:

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που περιέχονται στο παρόν  
έντυπο είναι τα παρακάτω : ΕΠΙΘΕΤΟ, ΟΝΟΜΑ, ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ,  
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ, ΑΜΚΑ, ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (ΠΕΡΙΟΧΗ/ΤΚ),  
ΚΙΝΗΤΟ/ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ, e-mail. Τα παραπάνω στοιχεία  
χρησιμοποιούνται για ιατρικούς λόγους, για την έκδοση φορολογικών  
παραστατικών και για την επικοινωνία με τον ασθενή.

Τα δεδομένα «ΙΣΤΟΡΙΚΟ», «ΦΑΡΜΑΚΑ που τυχόν λαμβάνετε»,  
«ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ» χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για  
ιατρικούς σκοπούς και τήρησης ιατρικού/οδοντιατρικού αρχείου.

ΚΑΝΕΝΑ από τα προσωπικά δεδομένα δεν διαβιβάζεται σε τρίτους εάν  
δεν ζητηθεί από τον ασθενή. Ο ασθενής, αναφορικά με τα προσωπικά  
του δεδομένα, έχει τα εξής δικαιώματα: 1. Δικαίωμα πρόσβασης στα  
δεδομένα του. 2. Δικαίωμα να γνωρίζει αν τα δεδομένα του υφίστανται  
επεξεργασία, πώς και για ποιο σκοπό. 3. Δικαίωμα διόρθωσης των  
δεδομένων του αν αυτά είναι ανακριβή ή ελλιπή 4. Δικαίωμα  
διαγραφής των δεδομένων του υπό ορισμένες προϋποθέσεις. 5.  
Δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας των προσωπικών του  
δεδομένων όταν συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις. 6. Δικαίωμα  
στη φορητότητα των δεδομένων του (αίτημα αποστολής στοιχείων του  
σε τρίτο, π.χ. άλλον/η Οδοντίατρο).

## ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Με την υπογραφή της παρούσας δήλωσης, ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η, δηλώνω ότι, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που δόθηκαν συμφωνώ, συναινώ και παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την συλλογή, τήρηση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων – όπως αυτά αποτυπώνονται στο παρόν «ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ» για τους σκοπούς που αναφέρει η παρούσα δήλωση συγκατάθεσης και γνωρίζω το δικαίωμα πρόσβασής μου στα πιο πάνω δεδομένα, το δικαίωμα εναντίωσης στην επεξεργασία τους καθώς και ανάκλησης της συγκατάθεσής μου ανά πάσα στιγμή.

Έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, τον σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας, τα οφέλη, τους τυχόν κινδύνους, τις πιθανές επιπλοκές ή τις ανεπιθύμητες ενέργειες των εναλλακτικών μορφών αντιμετώπισης και των συνιστομένων από τον θεράποντα οδοντίατρο μου διαγνωστικών/ή - και θεραπευτικών πράξεων, **δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου** στον/ην θεράποντα Οδοντίατρο να προβεί στη διαγνωστική πράξη ή/και θεραπεία μου σύμφωνα με το σχέδιο που μου παρουσιάστηκε.

Οι διαγνωστικές πράξεις και το σχέδιο θεραπείας συνοπτικά περιλαμβάνουν:

---

---

---

---

Συμφωνώ με την χορήγηση τοπικής αναισθησίας ή αγχολυτικής αγωγής, όπου θεωρείται απαραίτητη.	<input type="checkbox"/> NAI	<input type="checkbox"/> OXI
Συμφωνώ με την χρήση βιοϋλικών εγκεκριμένων σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές οδηγίες στις προτεινόμενες θεραπείες.	<input type="checkbox"/> NAI	<input type="checkbox"/> OXI
Επιτρέπω την περαιτέρω διερεύνηση και εξέταση για θεραπευτικούς ή επιστημονικούς σκοπούς ιστών ή υλικών της στοματικής κοιλότητας	<input type="checkbox"/> NAI	<input type="checkbox"/> OXI
Συναινώ με τη διαβίβαση των δεδομένων μου σε τρίτους (οδοντοτεχνικά εργαστήρια) προκειμένου να υποβληθεί σε αυτούς παραγγελία κατασκευής μηχανημάτων.	<input type="checkbox"/> NAI	<input type="checkbox"/> OXI
Επιτρέπω την τηλεφωνική επικοινωνία για την οργάνωση επόμενης επίσκεψης ή ενημέρωση για θέματα υγείας μου.	<input type="checkbox"/> NAI	<input type="checkbox"/> OXI
Συναινώ με τη χρήση της πρόσβασης στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης της ΗΔΙΚΑ προκειμένου να αντλεί πληροφορίες σχετικά με συνταγογραφηθέντα φάρμακα και εξετάσεις	<input type="checkbox"/> NAI	<input type="checkbox"/> OXI
Συναινώ με τη χρήση εικόνων ή ιατρικού ιστορικού σε ιατρικές παρουσιάσεις σε συνέδρια, ημερίδες, ομάδες μελέτης (study club) και εν γένει επιστημονικές ιατρικές εκδηλώσεις, καθώς και έρευνα, διδασκαλία ή δημοσίευση σε επιστημονικά περιοδικά, αφού προηγουμένως τα δεδομένα ανωνυμοποιηθούν & υποστούν επεξεργασία ώστε να μην είναι εφικτός ο προσδιορισμός της ταυτότητας του ασθενή.	<input type="checkbox"/> NAI	<input type="checkbox"/> OXI

Για οποιαδήποτε πληροφορία ή άσκηση οποιουδήποτε δικαιώματος, μου έχω ενημερωθεί ότι μπορώ να επικοινωνώ με τον Οδοντίατρο.

Ο/Η δηλών/ούσα και υπογράφων/ουσα τα ανωτέρω στοιχεία.

Ο/Η αντιπρόσωπος του ασθενούς ενεργών/ούσα κατ' εντολή του και για λογαριασμό του [Σε περίπτωση ανηλίκου κάτω των 16 ετών, ονοματεπώνυμο ασκούντος/σας τη γονική μέριμνα].

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ