

## Izjava o saglasnosti shodno Opštoj uredbi o zaštiti podataka (DSGVO)

Izjava o saglasnosti za pacijente dispanzera Allergieambulatorium W.W. GmbH, Hütteldorfer Straße 44-46, A-1150 Beč (u daljem tekstu „Allergiezentrum Wien West“) u vezi sa opcionim postupcima obrade podataka ili postupcima obrade podataka za koje je potrebna saglasnost u skladu sa članom 6. stav 1. slovo a i članom 9. stav 2. slovo DSGVO u u vezi sa članom 7 DSGVO:

[MOLIMO VAS DA PODATKE UPISUJETE VELIKIM SLOVIMA]

IME pacijenta

PREZIME pacijenta

DATUM ROĐENJA (dan, mesec, godina)

m  w  x  
POL

BROJ TELEFONA pacijenta

E-POŠTA pacijenta

U nastavku teksta ćete naći opis različitih postupaka obrade vaših ličnih podataka, koje ćemo sprovoditi samo ako ste nam unapred dali saglasnost. U tom kontekstu, obratite pažnju na naš „**Informator o obradi podataka o pacijentima**“, koji je istaknut u našim medicinskim prostorijama i mora se pročitati **zajedno sa ovom Izjavom o saglasnosti**. Vaš pristanak za sprovođenje svih ili nekih od sledećih postupaka obrade podataka je **dobrovoljan i može se opozvati u bilo kom trenutku, sa delovanjem u budućem periodu, bez navođenja razloga**. Za više informacija i **opis vaših drugih prava**, pogledajte tačku 5 našeg informatora.

**Davanje saglasnost za sledeće postupke obrade (Molimo da označite krstićem)**

<input type="checkbox"/> <b>Da, želeo bih da dobijem nalaze / dokumente na mreži za preuzimanje</b> Izjava o saglasnosti za dostavu dokumenata i nalaza putem onlajn poštanskog sandučeta (Da, ja se izričito slažem sa tim da mi Allergiezentrum Wien West sme dostavljati dokumenta (posebno rezultate pregleda kao nalaze) u formi bezbednog i šifrovanog prenosa putem Online-poštanskog faha i da me može putem e-pošte obavешtavati o novim učitanim dokumentima).
<input type="checkbox"/> <b>Da, želim da primam podsetnike za termine</b> Izjava o saglasnosti za podsećanje na termine (Da, ja se izričito slažem sa tim da Allergiezentrum Wien West sme saopštiti podsećanja na termine na poštansku adresu, e-mail-adresu i/ili broj mobilnog telefona koje sam ja naveo/la, u svrhu podsećanja na termine i koordinaciju termina. Ovo ne uključuje promotivne pošiljke).
<input type="checkbox"/> <b>Da, želim da dobijem informacije na telefon kada zovem</b> Izjava o saglasnosti za telefonske informacije (Da, ja se izričito slažem sa tim da mi Allergiezentrum Wien West može pružiti opšte informacije (posebno o trajanju izrade nalaza/dokumenata, kao i o izmenama termina), koje ne sadrže lične podatke posebnih kategorija u smislu člana 9. DSGVO niti omogućavaju donošenje neposrednih zaključaka o mojoj ličnosti, prilikom navođenja moje lične lozinke putem telefonskog obaveštenja).

Beč,

Datum

- za lica od 18 i više godina: potpis lica
- za decu od 14 i više godina: potpis roditelja ili zakonskog staratelja i deteta
- za decu mlađu od 14 godina: potpis zakonskog staratelja

X

Potpis pacijenta

Ako se jedan roditelj potpiše kao jedini zakonski staratelj, on/ona svojim potpisom izjavljuje da on/ona ima isključivo starateljstvo ili da postupa u dogovoru sa drugim roditeljem.