

Genel Veri Güvenliği Yönergesi (DSGVO) uyarınca onay beyânı

Hütteldorfer Straße 44-46, A-1150 Viyana adresinde yerleşik Allergieambulatorium W.W. GmbH (aşağıda "Batı Viyana Alerji Merkezi" olarak anılacaktır) hastaları için isteğe bağlı veya onaya tâbi veri işlemleri için DSGVO madde 7 ile bağlantılı olarak DSGVO madde 6 fıkra 1 harf a ve de madde 9 fıkra 2 harf a uyarınca onay beyânı:

[LÜTFEN BÜYÜK HARFLERLE YAZIN]

ADI Hasta

SOYADI Hasta

DOĞUM TARİHİ (Gün, Ay, Yıl)

E K X
CİNSİYET

TELEFON NUMARASI Hasta

E-POSTA ADRESİ Hasta

Aşağıda, kişisel bilgilerinizin işleme alınmasına yönelik çeşitli işlemlerin bir tanımını bulacaksınız ve biz bu işlemleri yalnızca bize önceden onay vermiş olmanız durumunda yapacağız. Lütfen bu bağlamda tıbbi tesislerimizde asılı olan ve **bu onay beyânı ile birlikte okunması gereken "Hasta bilgilerinin işleme alınmasına ilişkin bilgilendirme yazımızı"** da dikkate alın. Aşağıdaki veri işlemlerinin tamamının veya bir kısmının yapılmasına ilişkin **onayınız isteğe bağlıdır ve ileriye yönelik geçerli olmak üzere her zaman herhangi bir gerekçe göstermeksizin iptal edilebilir.** Daha fazla bilgi ve **diğer haklarınıza ilişkin açıklama** için bilgilendirme yazımızın 5. maddesine bakınız.

Aşağıdaki işlemlerin tümü için onay (lütfen işaretleyin).

Evet, sonuçlari/belgeleri indirmek için çevrimiçi olarak almak istiyorum

Belgelerin ve bulguların çevrimiçi posta kutusu üzerinden gönderilmesi için onay beyânı (Evet, Batı Viyana Alerji Merkezi'nin bana belgeleri (özellikle bulgu şeklinde muayene sonuçlarını) güvenli ve şifreli ileti şeklinde çevrimiçi posta kutusu üzerinden göndermesini ve yeni yüklenen belgeler hakkında beni e-posta ile bilgilendirmesini kabul ediyorum).

Evet, randevu hatırlatmaları almak istiyorum

Randevu hatırlatma için onay beyânı (Evet, Batı Viyana Alerji Merkezi'nin randevuları hatırlatmak ve koordine etmek amacıyla belirtmiş olduğum posta adresine, e-posta adresine ve/veya cep telefonu numarasına randevu hatırlatma mesajları göndermesine izin veriyorum. Reklam postaları bunu dâhil değildir).

Evet, aradığımda telefonla bilgi almak istiyorum

Telefonla bilgi için onay beyânı (Evet, Batı Viyana Alerji Merkezi'nin ne DSGVO madde 9'da anılan özel kategorili kişisel bilgileri ne de şahsımla doğrudan ilişkilendirilebilecek bilgiler içeren genel bilgileri (özellikle bulguların/belgelerin tamamlanma süresi ve randevulardaki değişiklikler) kişisel şifremi belirtilmesi ile bana telefonda vermesini kabul ediyorum).

Viyana, Tarih:

Tarih

- 18 yaş ve üzeri kişilerde: Kişinin imzası
- 14 yaş ve üstü çocuklarda: Velisinin ve çocuğun imzası
- 14 yaşından küçük çocuklarda: Velisinin imzası

X

Hastanın imzası

Anne veya babadan birinin veli olarak tek başına imza atması halinde, velâyet hakkının sadece kendisinde olduğunu veya diğer ebeveyn ile mutabakat halinde hareket ettiğini imzası ile beyan eder.