

Izjava o privoli u skladu s Općom uredbom o zaštiti podataka (GDPR)

Izjava o privoli za pacijente Alergološke ambulante W.W. GmbH, Hütteldorfer Straße 44-46, A-1150 Beč (dalje u tekstu „Centar za alergije Beč Zapad“) u vezi s neobvezatnim obradama podataka, odnosno s obradama podataka za koje je potrebna privola u skladu s člankom 6. stavkom 1. točkom a i člankom 9. stavkom 2. točkom a GDPR-a u vezi s člankom 7. GDPR-a:

[MOLIMO PISATI VELIKIM TISKANIM SLOVIMA]

IME pacijenta/ice

PREZIME pacijenta/ice

DATUM ROĐENJA (dan, mjesec, godina)

m ž x
SPOL

BROJ TELEFONA pacijenta/ice

ADRESA E-POŠTE pacijenta/ice

U nastavku možete pronaći opis raznih obrada svojih osobnih podataka koje vršimo samo ako ste nam prethodno dali privolu. U vezi s time molimo vas da uzmete u obzir naš „**Informativni list o obradi podataka pacijenata/ica**“ koji je izvješten u našim prostorijama liječnika i koji **treba pročitati s ovom Izjavom o privoli**. Vaša je **privola** za provedbu svih ili pojedinih obrada podataka u nastavku **dobrovoljna i u bilo kojem trenutku moguće ju je opozvati za budućnost bez navođenja razloga**. Za više informacija i **prikaz vaših ostalih prava** usporedite točku 5 našeg Informativnog lista.

Davanje privole za sve obrade u nastavku (Označite križićem)

Da, želim primati nalaze/dokumente online za preuzimanje

Privola za dostavu dokumenata i nalaza putem internetskog pretinca (Da, izričito sam suglasan/na da mi Alergološki centar Beč Zapad šalje dokumente (osobito rezultate pretraga kao nalaze) u obliku sigurnog i šifriranog prijenosa putem internetskog pretinca i da me smije obavijestiti o novo učitanim dokumentima putem e-pošte).

Da, želim primati podsjetnike na termine

Privola za podsjetnike za termine (Da, izričito sam suglasan/na da Alergološki centar Beč Zapad smije slati podsjetnike za termine na poštansku adresu, adresu e-pošte i/ili broj mobilnog telefona koje sam naveo/la u svrhu podsjetnika za termine i koordinacije termina. Gore navedeno ne odnosi se na reklamne poruke).

Da, želim primati informacije na telefon kada nazovem

Privola za telefonsko informiranje (Da, izričito sam suglasan/na da mi Alergološki centar Beč Zapad telefonskim putem uz navođenje osobne lozinke smije davati opće informacije (osobito o trajanju izrade nalaza/dokumenata i promjenama termina) koje ne sadržavaju ni osobne podatke posebnih kategorija u smislu čl.9 GDPR-a niti dopuštaju donošenje bilo kakvih izravnih zaključaka o mojoj osobi).

Beč, dana

Datum

- kod osoba starijih od 18 godina: potpis osobe
- kod djece starije od 14 godina: potpis skrbnika/ice i djeteta
- kod djece mlađe od 14 godina: potpis skrbnika/ice

X

Potpis pacijenta/ice

Ako jedan roditelj potpisuje samostalno kao skrbnik/ica, svojim potpisom izjavljuje da ima samostalno skrbništvo ili da postupa u suglasnosti s drugim roditeljem.