

**6/2.sz. melléklet: háziorvosi és foglalkozás-  
egészségügyi praxisba bejelentkezett**

**páciensek számára adatkezelési kikötés**

**PRO HOMINE BT. ( 6725 Szeged, Dobó u. 41.)**

**Háziorvosi és foglalkozás-egészségügyi alapellátás**

**ADATKEZELÉSI KIKÖTÉS**

**HÁZIORVOSI ÉS FOGL.EÜ-I ALAPELLÁTÁSRA JELENTKEZŐ PÁCIENSEK,**

**MINT TERMÉSZETES SZEMÉLYEK RÉSZÉRE**

1.Az adatkezelő tájékoztatja az **egészségügyi alapellátásra jelentkező** felet (a továbbiakban: érintett), hogy az önként megadott személyes és egészségügyi adatait a Pro Homine BT a mindenkorin törvényi előírásoknak megfelelően kezeli, **orvosi titoktartási kötelezettség mellett.**

2.**A személyes adatok címzettjei:** a Társaság pácienskiszolgálással kapcsolatos feladatokat **ellátó munkavállalói és adatfeldolgozói**, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (**NEAK**), az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (**EESZT, Tér**), beutalások írásakor kiadott személyes és egészségügyi adatok esetében az aktuálisan **címzett egészségügyi intézmények**, igazolások kiadása esetén a páciens által kért igazolás teljes tartalmának megismerése azt az **aktuális intézményt** illeti, akinek a páciens az igazolást bemutatja. Táppénzes utalványok kiadásakor a rajta levő adatok megismerése a **páciens munkáltatóját** illeti.

3.**A személyes és egészségügyi adatok címzettjei:** a Társaság pácienskiszolgálással kapcsolatos feladatokat **ellátó munkavállalói és adatfeldolgozói**, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (**NEAK**), az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (**EESZT, Tér**), beutalások írásakor kiadott személyes és egészségügyi adatok esetében az aktuálisan **címzett egészségügyi intézmények**, igazolások kiadása esetén a páciens által kért igazolás teljes tartalmának megismerése azt az **aktuális intézményt** illeti, akinek a páciens az igazolást bemutatja.

Foglalkozás-egészségügyi alkalmassági vizsgálatok elvégzésekor a páciens munkáltatója kizárólag az alkalmasság elbírálásáról értesül, az egészségi állapotról információt nem kap.

4.**Az egészségügyi adatok tárolásának időtartama:** a páciens praxisból való távozását ( kijelentkezését / elhalálózását ) követő **30 év eltelte**(ld: az 1997.évi XLVII.tv. 22. § (6)-t módosító 2014. évi CXI.tv.14.§-a), tekintettel arra, hogy a praxisba jelentkezéskor létrejövő „orvos-beteg szerződés” egészségügyi járóbeteg-alapellátásra és azzal kapcsolatos - úgynevezett - **különleges adatkezelésre** is vonatkozik.

5.Az érintett természetes személy jogairól, az adatfeldolgozók személyéről információk a **Pro Homine Betéti Társaság Adatkezelési Tájékoztatójában** olvashatók, mely kifüggesztve megtalálható a **Pro Homine Bt. telephelyén levő orvosi rendelőben.**

**Cím: 6725 Szeged, Dobó u. 41.**

\*\*\*\*

**Páciens nyilatkozata: A fenti információkat és tájékoztatást tudomásul vettem és aláírással igazolom, hogy az adatkezelési tájékoztatót megismertem és elfogadom.**

---

SZTE Szentgyörgyi Albert Klinikai Központ 2.sz.melléklete:

a Pro Homine Bt. részére az SZTE MEDSOL  
adattárolási rendszerébe betekintési jog  
engedélyezése páciens részéről.

***Páciens nyilatkozata: Fent nevezett páciens előzetes felvilágosítás után, befolyásolástól mentesen nyilatkozom, hogy a Pro Homine BT orvosa számára lehetővé kívánom tenni az SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központban a tárolt személyes és egészségügyi adataimhoz történő hozzáférést. Kérdéseimre a házi orvosom megnyugtató válaszokat adott, tudomásom van arról, hogy a megismert adatokat 30 évig a kórtörténetemben nyilván fogja tartani; hatósági megkeresésekre köteles azokat e hatóságok számára továbbítani, a sorozó orvos, hozzájárulás esetén az üzemorvos vagy a biztosító orvosa számára megküldeni. Ezt a nyilatkozatomat bármikor indoklás és következmények nélkül visszavonhatom. A hozzájárulásomat annak érdekében adom, hogy orvosom a jobb ellátás érdekében korszerű módon hozzájuthasson a klinikai központ kezelésében álló, folyamatban levő ellátásaimról keletkezett adataimhoz. Jelen nyilatkozat visszavonásig érvényes.***

---

Aláírással igazolom, hogy a fentiekkel elolvasás és értelmezés után egyetérték és hozzájárulásomat adom a Pro Homine Bt.-nek a mellékletek teljes tartalmára vonatkozóan.

Kelt, Szegeden

---

Érintett páciens ( aláírás, dátum )

---