

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Κυριακίδης Ηρακλέους ΟΕΠΕ Οδοντιατρική Κλινική

Ναυπλίου 19, Μέγαρο Ιπποκράτης Λεμεσός 3025 τηλ. 25355050

Σε αυτή τη Δήλωση Συναίνεσης περιγράφεται για ποιους λόγους συλλέγουμε και επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά σας δεδομένα (περιλαμβανομένων και ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων) όπως αυτό προβλέπεται από τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό 2016/679, καθώς επίσης ενημερώνεστε για τα δικαιώματά σας σε σχέση με αυτά.

Για να ασκήσετε τα δικαιώματά σας μπορείτε να επικοινωνήσετε εγγράφως με τον Υπεύθυνο Προσωπικών Δεδομένων μας στην διεύθυνση Ναυπλίου 19 Μέγαρο Ιπποκράτης Λεμεσός 3025 ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο aviskyri@gmail.com. Η Εποπτική Αρχή στην Κύπρο είναι το Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Τ.Θ. 23378, 1682 Λευκωσία).

1. Συλλογή και επεξεργασία

Για να μπορούμε να σας προσφέρουμε τις υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας και θεραπείας, συλλέγουμε από εσάς τις εξής πληροφορίες:

- Ονοματεπώνυμο
- Διεύθυνση
- Τηλέφωνο
- E-mail
- Φύλο
- Ημερομηνία γεννήσεως
- Αρ. ταυτότητας ή διαβατηρίου
- Επάγγελμα
- Ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό
- Στοιχεία παραπέμποντος Ιατρού
- Ακτινογραφίες, Ενδοστοματικές & Εξωστοματικές φωτογραφίες, ψηφιακές αποτυπώσεις του στόματος σας.
- Αποτελέσματα κλινικού εργαστηρίου
- Οποιαδήποτε άλλη πληροφορία που μπορεί να συνδέεται με την παροχή φροντίδας και θεραπείας
- Λεπτομέρειες αναφορικά με ασφάλεια ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης

2. Σκοπός

Η τήρηση και επεξεργασία των πληροφοριών αυτών, οι οποίες θα επικαιροποιούνται σε τακτά διαστήματα, αποτελεί νόμιμη υποχρέωση μας δυνάμει του νέου Ευρωπαϊκού Κανονισμού (ΕΕ 2016/679) για την προστασία των προσωπικών δεδομένων και είναι αναγκαία για την εξακρίβωση της ταυτότητας σας, την δυνατότητα επικοινωνίας καθώς και υπενθύμισης περιοδικού ελέγχου, των αναγκών παροχής των οδοντιατρικών υπηρεσιών/ προσφερόμενων θεραπειών εκ μέρους μας και την παρακολούθηση της πορείας της υγείας σας, για οποιαδήποτε συμμόρφωση με νομική υποχρέωση και για λογιστικούς σκοπούς.

Τα στοιχεία αυτά διατηρούνται για όσο διάστημα υφίσταται ο σκοπός για τον οποίο αποκτήθηκαν. Ενδέχεται να διατηρήσουμε τα δεδομένα σας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στις περιπτώσεις που δεν είναι δυνατόν να τα διαγράψουμε (για νομικούς, κανονιστικούς ή τεχνικούς λόγους) αλλά εν πάση περιπτώσει όχι πέραν των δεκαπέντε (15) χρόνων μετά τον τερματισμό της συμβατικής μας σχέσης.

Επίσης τα στοιχεία αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν **ανώνυμα** για σκοπούς διδασκαλίας σε φοιτητές οδοντιατρικής ή Οδοντιάτρους που κάνουν ειδικότητα Ορθοδοντικής εάν εσείς συμφωνείτε ή σαν επεξήγηση σε ασθενείς με παρόμοια προβλήματα.

3. Δικαιώματα

Έχετε το δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα σας και μπορείτε να λάβετε αντίγραφο για να ελέγξετε ότι τα επεξεργαζόμαστε νόμιμα . Μπορείτε να ζητήσετε διόρθωση των στοιχείων σας ή/και διαγραφή.

Το αίτημά σας για διαγραφή μπορεί να μην μπορεί να ικανοποιηθεί, εάν συντρέχουν νομικοί λόγοι, τους οποίους θα σας κοινοποιήσουμε. Μπορείτε επίσης να ζητήσετε απόσυρση της συγκατάθεσης σας (λαμβάνοντας υπόψη ότι ενδεχομένως να μην μπορούμε να συνεχίσουμε να σας προσφέρουμε οδοντιατρικές υπηρεσίες /θεραπείες).

Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε περιορισμό στην επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων εάν διαπιστώσετε ότι είναι ανακριβή ή έχουν χρησιμοποιηθεί παράνομα ή δεν χρειάζονται πλέον, και να αντιταχθείτε σε περιπτώσεις όπου προβαίνουμε σε επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων για σκοπούς εμπορικής προώθησης.

4. Διαβίβαση σε τρίτους

Τα δεδομένα σας τηρούνται σε ασφαλισμένη ηλεκτρονική ή/και έγγραφη μορφή και είναι εμπιστευτικά. Δεν θα αποκαλύπτονται σε τρίτα πρόσωπα, εκτός όπου είναι αναγκαίο για την προσφορά της ορθής οδοντιατρικής θεραπείας και των υπηρεσιών για τις οποίες μας έχετε διορίσει ή αν είμαστε υποχρεωμένοι δια νόμου ή εάν μας έχετε εξουσιοδοτήσει να το κάνουμε.

Μπορεί να χρειαστεί να αποκαλύψουμε τα προσωπικά σας δεδομένα στα ακόλουθα άτομα χωρίς να απαιτείται προηγουμένως ειδική ενημέρωσή σας:

- Παραπέμποντα ή συνεργάτη Ιατρό ή Οδοντίατρο ή οδοντοτεχνίτη
- Ακτινολογικά κέντρα, ιστοπαθολογικά κέντρα, κλινικά εργαστήρια ή άλλα διαγνωστικά εργαστήρια.
- Ασφαλιστικές εταιρείες που καλύπτουν την ιατροφαρμακευτική σας περίθαλψη
- Λογιστές, ελεγκτές ή άλλους επαγγελματικούς μας συμβούλους.

Έλαβα γνώση και συναινώ.

.....
(Υπογραφή)Ο/ ή ασθενής

.....
.....

(πλήρη στοιχεία ασθενή)

Ημερομηνία:.....