

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

&

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

(σύμφωνα με τον Κανονισμό ΕΕ 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ)

Νομοθετικό πλαίσιο:

- **Κανονισμός (Ε.Ε.) 679/2016:** Για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα & για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών & την κατάργηση της Οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων).
- **Οδηγία (Ε.Ε.) 2016/680:** Για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από αρμόδιες αρχές για τους σκοπούς της πρόληψης, διερεύνησης, ανίχνευσης ή δίωξης ποινικών αδικημάτων ή της εκτέλεσης ποινικών κυρώσεων & για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών & την κατάργηση της απόφασης-πλαίσιο 2008/977/ΔΕΥ του Συμβουλίου.
- **Ν. 2472/1997 [Φ.Ε.Κ. 50/10.4.1997, τ. Α΄]:** Προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ : ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΤΣΑΝΑΚΤΣΙΔΗΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΜΗΤΡΟΠΟΛΕΩΣ 51

E- MAIL : dimitris@thedentist.gr ΤΗΛ : 2310238404

ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ - ΣΚΟΠΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ

Κατά την προσέλευσή σας στο οδοντιατρείο και πριν την έναρξη παροχής των υπηρεσιών σας, συλλέγουμε τις εξής πληροφορίες:

Το ονοματεπώνυμο, το πατρώνυμο, το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, την διεύθυνση του ασθενή, τις ημερομηνίες της επίσκεψης, καθώς και κάθε άλλο ουσιώδες στοιχείο (π.χ. ΑΜΚΑ, ΑΦΜ, τηλ. επικοινωνίας), που συνδέεται με την

παροχή φροντίδας στον ασθενή, τα ενοχλήματα της υγείας του και το λόγο της επίσκεψης, τη πρωτογενή και δευτερογενή διάγνωση, ή την αγωγή που ακολουθήθηκε.

Η τήρηση των πληροφοριών αυτών, οι οποίες επικαιροποιούνται, σε κάθε επίσκεψη, αποτελεί νόμιμη υποχρέωση του οδοντιάτρου, σύμφωνα με το άρθρο 12 του ΠΔ 39/2009 και διατηρούνται για δέκα (10) χρόνια έως και 20 χρόνια ανάλογα με ανάλογα με τα οριζόμενα ανά περίπτωση στο νομοθετικό πλαίσιο, από την τελευταία επίσκεψή σας. Αποτελεί δε και συμβατική υποχρέωση στα πλαίσια της συμφωνίας μας για την παροχή των οδοντιατρικών υπηρεσιών.

Η επεξεργασία είναι αναγκαία ιδίως, για την εξακρίβωση της ταυτότητας σας, τη δυνατότητα επικοινωνίας, την έκδοση φορολογικών παραστατικών, των αναγκών παροχής των υπηρεσιών και παρακολούθηση της πορείας της υγείας σας.

Νόμιμη βάση επεξεργασίας των απλών και ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων σας είναι η οδοντιατρική διάγνωση, η παροχή υγειονομικής ή κοινωνικής περίθαλψης ή θεραπείας ή διαχείρισης υγειονομικών και κοινωνικών συστημάτων και υπηρεσιών βάσει της εφαρμοστέας νομοθεσίας ή δυνάμει σύμβασης με επαγγελματία του τομέα της υγείας.

Παράλληλα μερικές φορές συλλέγουμε φωτογραφίες , ακτινογραφίες και βίντεο από τη στοματική σας κοιλότητα, στοιχεία τα οποία και επεξεργαζόμαστε ώστε να επικυρώσουμε τη διάγνωση ή την οδοντιατρική θεραπεία καθώς επίσης ενδέχεται τα στοιχεία αυτά να παρουσιαστούν σε κάποιο συνέδριο ή οδοντιατρικό σεμινάριο φροντίζοντας για την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων καθώς δεν εμφανίζονται πληροφορίες ταυτοποίησης π.χ. πρόσωπο , ονοματεπώνυμο , ΑΜΚΑ, ΑΦΜ, τηλέφωνο .

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Σας ενημερώνω ότι έχετε δικαίωμα ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού, αντίταξης της επεξεργασίας, φορητότητας των δεδομένων, υποβολή καταγγελίας στην εποπτική αρχή, σύμφωνα με τα άρθρα 15-22 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (GDPR). Όταν υποβάλλετε ένα αίτημα ασκώντας κάποιο από τα παραπάνω δικαιώματα, ο ιατρός οφείλει να σας απαντήσει εντός 1 μηνός είτε ικανοποιώντας το δικαίωμα (π.χ. δίνοντας σας αντίγραφο του ιατρικού σας φακέλου) είτε απορρίπτοντας αιτιολογημένα το αίτημα σας (π.χ. αρνούμενος αίτημα διαγραφής, λόγω του ότι ο νόμος υποχρεώνει

τον ιατρό να το διατηρήσει για 10 χρόνια) είτε εξηγώντας τους λόγους καθυστέρησης.

- Το δικαίωμα πληροφόρησης και λήψης επιβεβαίωσης για το εάν τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και βρίσκονται στην κατοχή του υφίστανται επεξεργασία, εντός μηνός από την υποβολή του αιτήματος.
- Το δικαίωμα πρόσβασης μου στα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα και ειδικώς σε πληροφορίες αναφορικά με τους σκοπούς της επεξεργασίας αυτών για ιατρικούς σκοπούς.
- Το δικαίωμα προηγούμενης ενημέρωσής μου και συγκατάθεσής μου για την κοινοποίηση/ διαβίβαση δεδομένων μου προς πιθανούς αποδέκτες στους οποίους μπορεί να κοινολογηθούν τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, ιδίως τους αποδέκτες σε τρίτες χώρες ή διεθνείς οργανισμούς.
- Το δικαίωμά μου για την υποβολή προς τον ως άνω ιατρό αιτήματος περί διόρθωσης ή διαγραφής δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα ή περιορισμό της επεξεργασίας αυτών.
- Το δικαίωμα λήψης αντιγράφων, και σε ηλεκτρονική μορφή, δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που υποβάλλονται σε επεξεργασία.
- Έλαβα επίσης γνώση ότι προσωπικά δεδομένα μου θα αποθηκευτούν για ορισμένο χρονικό διάστημα, σχετιζόμενο με τους σκοπούς της επεξεργασίας αυτών αποκλειστικά για ιατρικούς λόγους.
- Το δικαίωμά μου να αντιταχθώ στο μέλλον στην επεξεργασία προσωπικών δεδομένων μου από τον υπεύθυνο επεξεργασίας ιατρό.
- Το δικαίωμά μου να ανακαλέσω την παρούσα συγκατάθεση, ανά πάσα στιγμή.
- Το δικαίωμά μου να υποβάλλω καταγγελία στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, ως εποπτική αρχή του υπεύθυνου επεξεργασίας, εάν κρίνω ότι υφίσταται παραβίαση των δικαιωμάτων μου.

Για να ασκήσετε τα δικαιώματά σας μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας εγγράφως, με επιστολή στην ταχυδρομική διεύθυνση Μητροπόλεως 51 , 5423, Θεσσαλονίκη ή με email στην ηλεκτρονική διεύθυνση dimitris@thedentist.gr

Εποπτική Αρχή είναι η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Κηφισίας 1-3, Αθήνα).

ΔΙΑΒΙΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η πρόσβαση στο αρχείο δεν είναι δυνατή σε τρίτους, πλην των, κατ' εξαίρεση, περιπτώσεων που προβλέπονται ρητά από την κείμενη νομοθεσία.

Περαιτέρω και αποκλειστικά για τις ανάγκες της θεραπείας σας θα σας αποστέλλονται μηνύματα τηλεφωνικά ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, ενημερωτικά της κατάστασής σας ή για υπενθύμιση περιοδικού ελέγχου, ενώ προσωπικά στοιχεία σας, δύνανται να επεξεργαστούν συνεργάτες του οδοντιατρείου (οδοντίατροι, διαγνωστικά εργαστήρια, οδοντοτεχνίτες).

Εφόσον παρέχετε τη συγκατάθεσή σας, ο οδοντίατρος θα κάνει χρήση των προσωπικών σας δεδομένων για τους ακόλουθους σκοπούς:

Για να κάνει χρήση της πρόσβασης που παρέχεται από το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης του ΗΔΙΚΑ προκειμένου να αντλεί πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό πάσης φύσεως συνταγογραφηθέντων φαρμάκων και εξετάσεων

Τηλεφωνική επικοινωνία μαζί σας για την οργάνωση επόμενης επίσκεψης

Τηλεφωνική επικοινωνία μαζί σας για την υπενθύμιση περιοδικού ελέγχου

Ενημέρωση για θέματα υγείας σας. (Εάν δεν παρέχετε τη συγκατάθεσή σας, ο ιατρός δεν θα χρησιμοποιήσει τα στοιχεία επικοινωνίας, εκτός εάν συντρέχει περίπτωση προστασίας ζωτικών συμφερόντων δικών σας ή τρίτων ή υπέρτερου δημόσιου συμφέροντος).

Αποστολή αποτελεσμάτων και δεδομένων μέσω e-mail

Λήψη φωτογραφιών για την παρακολούθηση της πορείας της υγείας σας.

Ανάρτηση στο διαδίκτυο των φωτογραφιών σας που αφορούν την στοματική κοιλότητα με μέριμνα ώστε να μην αποκαλύπτεται άμεσα ή έμμεσα η ταυτότητά σας.

Χρήση φωτογραφιών της στοματικής κοιλότητας είτε φωτογραφίες , ακτινογραφίες και βίντεο από τη στοματική σας κοιλότητα,.. με μέριμνα ώστε να μην αποκαλύπτεται άμεσα ή έμμεσα η ταυτότητά σας, για ερευνητικούς σκοπούς, για στατιστικούς σκοπούς, για παρουσιάσεις σε συνέδρια, με ανωνυμοποιημένα στοιχεία σας είτε ψευδωνυμοποιημένα.

Επικοινωνία μαζί σας για διάφορες ενημερώσεις που αφορούν τις δραστηριότητες του ιατρού.

Ο οδοντίατρος ιατρός τηρεί τα αναγκαία τεχνικά και οργανωτικά μέτρα ασφαλείας για τη διαφύλαξη των προσωπικών σας δεδομένων.

Οι τρίτοι στους οποίους διαβιβάζονται τα προσωπικά σας στοιχεία επεξεργάζονται τα στοιχεία σας με σκοπό την διεκπεραίωση της οδοντιατρικής πράξης και δεν δικαιούνται να κάνουν χρήση για άλλους σκοπούς. (οδοντίατροι, διαγνωστικά εργαστήρια, οδοντοτεχνίτες)

Παράλληλα, ισχύει και το οδοντιατρικό απόρρητο.

Επιπλέον, δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα ότι έχω κατανοήσει την σημασία της χορηγούμενης εκ μέρους μου συγκατάθεσης στον ιατρό περί επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων μου και συναινώ ανεπιφύλακτα στη συλλογή, επεξεργασία, διαχείριση και αρχειοθέτηση αυτών εκ μέρους του ως άνω ιατρού.

Ημερομηνία

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΗ:

(Σε περίπτωση ανηλίκου κάτω των 16 ετών: Ονοματεπώνυμο ασκούντος τη γονική μέριμνα:.....)

Υπογραφή -----

Έλαβα γνώση και συναινώ

Ο ασθενής

(υπογραφή) πλήρη στοιχεία