

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/ната:

.....

1.(име, презиме и фамилия на пациента)

2.(родител,настойник,попечител)

на.....

ДЕКЛАРИРАМ :

1. Съгласен/на съм ЦСМП-Русе да съхранява и обработва личните ми данни, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни, които предоставям във връзка с медицинския преглед.

2. Запознат/а съм с:

- целта и средствата на обработка на личните ми данни;
- доброволния характер на предоставянето на данните и последиците от отказа за предоставянето им;
- правото на достъп и на коригиране на събраните данни.
- името и длъжността на обработващия данните служител на ЦСМП-Русе

С настоящата декларация декларирам съгласие за съхранение и обработка на личните ми данни и предоставянето им при необходимост на други служби, при спазване на разпоредбите на Закона за защита на личните данни.

3. Информиран/а съм съгласно чл.87 от ЗЗ, относно заболяването, по повод на което съм потърсил спешна помощ, необходимите медицински дейности, приложеното лечение и очакваните резултати, относно планираните диагностични и лечебни дейности, за потенциалните рискове, свързани с тях, както и с риска за здравето, при отказ от лечение.

4. Съгласен/на (не съм съгласен/на):

- за извършването на медицински преглед;
- за извършването на манипулации и прилагане медикаменти;
- за транспорт в лечебно заведение

дата

гр.

ДЕКЛАРАТОР:.....