

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

A Medical Service Budapest Kft. (1024 Budapest, Lövház utca 9. 4. em.) által fenntartott Mammot, Árkád és Corvin Egészségközpont orvosi rendelő, mint egészségügyi szolgáltató (a továbbiakban: Szolgáltató) ÁNTSZ működési engedélyében foglalt szakmákban, magas színvonalú egészségügyi szolgáltatásokat nyújt páciensei részére, térítés ellenében.

**Kérjük, hogy az alábbi tájékoztatót olvassa el, amennyiben kérdése van, forduljon bizalommal munkatársunkhoz. Kérjük, hogy adatvédelmi tájékoztatónkat a [www.mammutegeszsegkozpont.hu](http://www.mammutegeszsegkozpont.hu), [www.arkadegeszsegkozpont.hu](http://www.arkadegeszsegkozpont.hu) vagy a [www.corvinegeszsegkozpont.hu](http://www.corvinegeszsegkozpont.hu) weboldal címen olvassa el, vagy kérje a recepciókon!**

1. Kérjük, hogy a mellékelt adatlapon (Páciens adatlap) nyilatkozzon az általunk kért adatokról, személyes adatait hitelt érdemlően igazolja személyi igazolvány vagy egyéb okmány bemutatásával.

Tájékoztatjuk, hogy adatainak, az elvégzett kezeléseknél és az arra vonatkozó nyilatkozatoknak a rögzítése a kórlapon történik elektronikusan a szakorvosi vizsgálat során.

Tájékoztatjuk, hogy, mint Szolgáltató nem vállalunk felelősséget:

- A terápiás javaslatok be nem tartásából és a kontrollvizsgálatok elmulasztásából eredő következményekért
- A kezelőorvos tudta és jóváhagyása nélkül a Szolgáltatónál alkalmazott kezelés mellett végzett más, harmadik személyek által végzett kezelések miatti problémákért és komplikációkért.

Tájékoztatjuk, hogy megilleti az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga, továbbá jogosult arra, hogy a személyes adatait, beleértve egészségügyi adatait (lsd.: orvosi titoktartás) csak az arra jogosulttal közöljék, és azokat bizalmasan kezeljék. A részletes adatvédelmi szabályokat és az Ön adatvédelemmel kapcsolatos jogait adatvédelmi tájékoztatónkban találja.

A kezelésekről az alábbi hozzátartozóim tájékoztathatók: .....

A laboratóriumi vizsgálatok leletkiadási határideje vizsgálatonként eltérő lehet, kérjük, munkatársunkkal egyeztessen a mintavételkor.

2. Az általunk nyújtott szolgáltatás ellenértékét mindenkor hatályos és nyilvános árlistánk tartalmazza. A díjat – eltérő írásos megállapodás hiányában – a szolgáltatás időpontjában kell megfizetni. A díj nem tartalmazza a kezeléshez esetlegesen szükséges gyógyszerek árát. A kezelési és vizsgálati díjat a vizsgálat elvégzését követően kötetlen a Szolgáltató pénztárába befizetni. A szükséges gyógyszerek a szakorvos által kerülnek meghatározásra, így előfordulhat, hogy a több szóba jövő gyógyszer közül nem a legolcsóbb kerül felírásra, kérjük, egyeztessen a szakorvosunkkal.

Az előjegyzett időpont az időpontot megelőző 24 óráig díjmentesen lemondható, ezt követően az ellátási díj 50%-a átutalásos formában kiszámlázásra kerül.

Az időpontra kérjük, pontosan érkezzen, akadályoztatása esetén jelezzen elérhetőségeink valamelyikén.

3. Jelen aláírással igazolom, hogy a fenti tájékoztatásokat megértettem, az aktuális árlistát megismertem, felmerülő kérdéseimre választ kaptam. Tudomással bírok arról, hogy jogomban áll felvilágosítást kérni bármely kezelésről, vizsgálatról, illetve díjairól még annak megkezdése előtt.

A Medical Service Budapest Kft. (1024 Budapest, Lövház utca 9. 4. em.) által kiállított számlák közvetített szolgáltatást tartalmaznak.

**Jelen aláírással igazolom, hogy teljes körű és elvárásaimnak megfelelő tájékoztatást kaptam és az adatvédelmi tájékoztatót megismertem.**

**A jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy amennyiben szükséges további egészségügyi szolgáltatás nyújtása céljából, úgy vizsgálat során a Medical Service Budapest Kft., mint adatkezelő tudomására jutott személyes és egészségügyi adataimat másik egészségügyi szolgáltatónak, ellátásszervezőnek továbbítsa.**

Igen      Nem

**A Medical Service Budapest Kft. Általános Szerződési Feltételeit megismertem, az abban foglaltakat elfogadom.**

Budapest, .....

Páciens (szülő/gondviselő) aláírása

## PÁCIENS ADATLAP

Kérjük, hogy az alábbi adatokat nyomtatott betűkkel és jól olvashatóan adja meg!

Név:	Születési név:										
Anyja neve:	Születési hely:										
Születési idő: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											
Lakcím: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-right: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> Város:..... Utca:..... Házzszám:..... Emelet/ajtó:.....											
TAJ szám: (vagy egyéb igazolvány) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											
Telefon:	E-mail cím:										

### Hitelesség

Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában nyilatkozom, hogy az általam közölt adatok a sajátjaim, hitelesek.

### Hozzájáruló nyilatkozat

Hozzájárulok ahhoz, hogy a Mammut, Árkád és a Corvin Egészségközpont a kapcsolattartást telefonos, postai és elektronikus úton végezze irányomban a megadott elérhetőségeken. Hozzájárulok, hogy a Mammut, Árkád és Corvin Egészségközpont bármely vizsgálat eredményét elektronikus úton juttassa el számomra a jelen adatlapon megadott email címre.

### Adatváltozás bejelentési kötelezettség

Tudomásul veszem, hogy a Mammut, Árkád, és a Corvin Egészségközpont felé adatváltozás bejelentési kötelezettségem van, amelynek elmulasztásából adódó mindennemű felelősség engem terhel.

### Adatkezelési felhatalmazás elérhetőségeim marketing célra történő felhasználására

Jelen aláírással hozzájárulok ahhoz, hogy az általam megadott e-mail címet, telefonszámot a Szolgáltató, mint adatkezelő, a számomra küldött elektronikus levélben közölt aktuális vagy új szolgáltatásokról, vagy akciókról való tájékoztatás céljából felhasználhassa. Tudomásom van arról, hogy ezen adatszolgáltatás önkéntes és mindaddig kezelhető ezen adat, amíg hozzájáruló nyilatkozatomat bizonyítható módon vissza nem vonom. Az adatkezelő adataimat másnak ki nem adhatja.

Igen      Nem

2019. február 1-től a számlát elektronikus formában, e-mailben küldjük. Amennyiben papír alapon lenne rá szüksége, kérjük, hogy jelezze a fizetéskor!

Az adataim kezelésére és az adatkezeléssel kapcsolatos jogaimra vonatkozó szabályokat az adatvédelmi tájékoztató elolvasásával megismertem.

.....

Páciens (szülő/gondviselő) aláírása