

## BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

**Páciens családi és utóneve, leánykori neve:** .....  
**Születési helye, ideje:** .....  
**Lakcíme:** .....  
**Telefonszáma:** .....  
**Email címe:** .....

Ezen nyilatkozat alapján kijelentem, hogy dietetikai szaktanácsadásomat Polgár Annamária E.V. praxisában kívánom igénybe venni. Jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy Polgár Annamária a fentebb megjelölt személyes adataimat és egészségügyi ellátással a táplálkozási tanácsadással összefüggő célokra, a szükséges mértékben és időtartamra kezelje.

Hozzájárulok továbbá, hogy Polgár Annamária E.V. a tanácsadással kapcsolatban keletkező különleges /egészségügyi adataimat az egészségügyi ellátással összefüggő célokra a szükséges mértékben és időre kezelje:

- egészségügyi és táplálási anamnézis
- táplálkozási napló
- panaszok, tünetek
- korábbi orvosi és egyéb releváns dokumentációk
- aktuális státusz és annak leírása
- a házi-, vagy kezelőorvos vagy egyéb egészségügyi én nem-egészségügyi szolgáltató által javasolt vizsgálatok és tanácsok
- javasolt kontroll vizsgálatok
- étrendkiegészítők és egyéb egészséget támogató kiegészítők használatával kapcsolatos javaslatok

Ezen Írásos Beleegyező Nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy személyes és egészségügyi adataimat – lásd fent – Polgár Annamária e.v. a személyes adatok és kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (Eatv.) értelmében az egészségügyi és személyazonosító adatokat az érintett részéről történő szolgáltatása – az egészségügyi ellátás igénybe vételéhez kötelezően előírt személyazonosító adatok és az Eatv. 13 paragr. foglaltak kivételével – önkéntesek.

Polgár Annamária e.v. eleget tesz és megfelel a Magyarországi Alaptörvényben, az EU 679/2016 az Európai Unió Általános Adatvédelmi Rendeletében (GDPR), a 2011. évi CXII. törvényben (az információ önrendelkezési jogról és az információszabadságról) valamint az 1992. évi LXIII. törvényben (a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról) foglalt adatkezelési, adat-felhasználási kötelezettségeknek.

.....  
páciens aláírás

.....  
dátum