



# Genekor

Committed to Biotechnological Innovation

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΕΝΤΥΠΟΥ «ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ & ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ - ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ»

### Απαραίτητες πληροφορίες

Παρακαλώ βεβαιωθείτε ότι έχετε συμπληρώσει τα κάτωθι:

1. Ονοματεπώνυμο εξεταζόμενου
2. Όνομα πατρός εξεταζόμενου
3. Τις διαγνωστικές εξετάσεις που σας έχει συστήσει ο γιατρός σας **Η** τα στοιχεία του παραπεμπτικού (ονοματεπώνυμο παραπέμποντος ιατρού και ημερομηνία συνταγογράφησης)
4. Ονοματεπώνυμο παραπέμποντος ιατρού, στον οποίο θα κοινοποιηθούν τα αποτελέσματα
5. Επιλογή τρόπου αποστολής αποτελεσμάτων στον εξεταζόμενο (επιλέξτε μόνο έναν τρόπο)
  - Εάν επιλέξετε την ηλεκτρονική αποστολή, βεβαιωθείτε ότι έχετε συμπληρώσει την ηλεκτρονική διεύθυνση (email)
  - Εάν επιλέξετε την αποστολή μέσω ταχυδρομείου, βεβαιωθείτε ότι έχετε συμπληρώσει την ταχυδρομική διεύθυνση
  - Εάν επιθυμείτε την παράδοση των αποτελεσμάτων σε τρίτο πρόσωπο, παρακαλώ δηλώστε τα απαραίτητα στοιχεία του.
6. Υπογραφή, ονοματεπώνυμο και ημερομηνία

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΕΝΤΥΠΟΥ «ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ»

1. Ονοματεπώνυμο
2. Όνομα πατρός
3. Υπογραφή, ονοματεπώνυμο και ημερομηνία

Για περαιτέρω διευκρινίσεις καλέστε στο 2106032138



**ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ & ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ  
- ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ**

Ο/Η υπογεγραμμένος/μενη ..... του .....  
εξεταζόμενος/η, δηλώνω με το παρόν ότι ενημερώθηκα πλήρως και ενδελεχώς σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας, από τον ιατρό μου, ή/και τον υπεύθυνο ιατρό ή/και τον διευθυντή επιστημονικού προσωπικού, της εταιρείας με την επωνυμία «GENEKOR ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» για τις προτεινόμενες διαγνωστικές εξετάσεις/αναλύσεις, οι οποίες συνίστανται στις εξής:

.....  
ή βάσει του παραπεμπτικού του ιατρού ..... με ημερομηνία ...../...../.....

Κατόπιν της ενημέρωσής μου αυτής, ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/μενη δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεσή μου στην ανωτέρω ιατρική εταιρεία να προχωρήσει με το αρμόδιο και κατάλληλο προσωπικό στη διενέργεια της/των παραπάνω διαγνωστικής/ων εξέτασης/ων καθώς και της κάθε ενέργειας, η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής/ων.

Περαιτέρω, δίνω ρητώς τη συγκατάθεσή μου στην κοινοποίηση των αποτελεσμάτων των εξετάσεών μου στον παραπέμποντα ιατρό ..... καθώς και στη ανώνυμη χρήση αυτών, για επιστημονικές έρευνες, που δύνανται να δημοσιευθούν ή για στατιστικούς σκοπούς.

Κατόπιν των ανωτέρω, δηλώνω ότι επιθυμώ τα αποτελέσματά μου (συμπληρώστε ένα από τα παρακάτω):

- να μου σταλούν στην προσωπική ηλεκτρονική διεύθυνση μου (email):..... ή  
 να μου σταλούν στην προσωπική ταχυδρομική διεύθυνση μου:..... ή  
 να παραδοθούν στον .....του ....., με την επίδειξη της

ταυτότητάς του, τον οποίο ειδικά, με το παρόν έγγραφο εξουσιοδοτώ,

- να αποσταλούν εκτός από τον παραπέμποντα ιατρό και στον/στους κάτωθι ιατρό/ους  
1. ....  
2. ....

Ενημερώθηκα ότι το βιολογικό μου υλικό ενδέχεται να αναλωθεί πλήρως για τις ανάγκες των ως άνω αναλύσεων και εξουσιοδοτώ την εταιρεία «GENEKOR ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» όπως επιστρέψει το τυχόν εναπομείναν βιολογικό υλικό (όταν και όπου είναι απαραίτητο) στον αποστολέα του. Σε διαφορετική περίπτωση ζητώ να αποσταλεί σ.....

Γέρακας, Παλλήνης: ...../...../ 20....

[όνομα και υπογραφή]



**ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Ο/η υπογεγραμμένος/μενη ..... του ....., δηλώνω ρητά ότι τα προσωπικά μου στοιχεία (προσωπικά δεδομένα – ευαίσθητα και μη) είναι ακριβή και ότι τα διαβιβάζω στην Ιατρική εταιρεία με την επωνυμία «GENEKOR ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» και το διακριτικό τίτλο «GENEKOR I.A.E.» για την επεξεργασία αυτών με σκοπό την παροχή σε εμένα των ιατρικών υπηρεσιών, τις οποίες αιτήθηκα από την άνω εταιρεία καθώς και την τήρηση του ιατρικού μου αρχείου σύμφωνα με την ιατρική νομοθεσία.

Επίσης, ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/μενη δηλώνω ρητά ότι

- Ενημερώθηκα ότι υπεύθυνος επεξεργασίας για τα προσωπικά μου δεδομένα είναι η Ιατρική Εταιρεία με την επωνυμία «GENEKOR ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» και το διακριτικό τίτλο «GENEKOR I.A.E.», με έδρα στον Γέρακα Παλλήνης Αττικής, (Λ.Σπάτων 52), με τηλέφωνο επικοινωνίας: 210-6032138, φαξ: 210-6032148 και email: info@genekor.com
- Ενημερώθηκα επίσης, ότι τα προσωπικά μου δεδομένα δεν θα χρησιμοποιηθούν για κανέναν άλλο σκοπό, ούτε θα διαβιβαστούν σε κανένα τρίτο εντός και εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης εκτός από τις περιπτώσεις για τις οποίες κρίνεται απαραίτητη η διαβίβαση των προσωπικών μου δεδομένων και του βιολογικού μου υλικού σε συνεργαζόμενα εργαστήρια για την ολοκλήρωση των εξετάσεών μου. Ειδικά για την εξέταση Oncotype DX, ενημερώθηκα ότι το δείγμα μου καθώς και τα προσωπικά μου δεδομένα θα διαβιβαστούν στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και συγκεκριμένα στο εργαστήριο της Genomic Health Inc.
- Ενημερώθηκα ότι τα αποτελέσματα των ιατρικών μου εξετάσεων, και γενικά ο ιατρικός μου φάκελος φυλάσσεται κατά τρόπο ασφαλή από την ανωτέρω Ιατρική Εταιρεία σύμφωνα με την Ιατρική Νομοθεσία και τη Νομοθεσία περί Προσωπικών Δεδομένων δυνάμει της οποίας το ιατρικό αρχείο πρέπει να τηρείται για χρονικό διάστημα δέκα (10) ετών από την τελευταία επίσκεψη του ασθενούς στα ιδιωτικά ιατρεία.
- Ενημερώθηκα ότι το εναπομείναν γενετικό μου υλικό (DNA/RNA), σε περίπτωση που δεν έχει αναλωθεί πλήρως για τις ανάγκες των αναλύσεων, θα φυλάσσεται για διάστημα τριών (3) ετών από την απομόνωσή του και κατόπιν θα καταστρέφεται.
- Ενημερώθηκα ότι μπορώ ανά πάσα στιγμή να ζητήσω εγγράφως από την ανωτέρω Ιατρική Εταιρεία πληροφορίες για τα προσωπικά μου δεδομένα (δικαίωμα πρόσβασης), όπως επίσης να ζητήσω εγγράφως την διόρθωση, την τροποποίηση, τη διαγραφή και τον περιορισμό της επεξεργασίας. Επίσης αντιλαμβάνομαι ότι έχω δικαίωμα εναντίωσης στην επεξεργασία καθώς και δικαίωμα στη φορητότητα των δεδομένων σύμφωνα με το Νόμο. Επιπλέον, ότι μπορώ να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου οποτεδήποτε χωρίς να θιγεί η νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στη συγκατάθεση αυτή πριν από την ανάκλησή της και τέλος γνωρίζω ότι έχω δικαίωμα καταγγελίας σε περίπτωση που αντιληφθώ ότι δεν τηρείται ο Νόμος περί προστασίας προσωπικών μου δεδομένων. Τέλος ότι μπορώ να ασκήσω τα παραπάνω δικαιώματά μου αρκεί να μην προσκρούει οποιοδήποτε των άνω δικαιωμάτων μου στην υποχρέωση από τον Νόμο που έχει η προαναφερθείσα εταιρεία περί τήρησης του ιατρικού μου αρχείου.

Γέρακας, Παλλήνης: ...../...../ 20....

[όνομα και υπογραφή]