

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΙΑΤΡΟΥΣ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η (ον/μο)..... ΤΟΥ

.....κάτοικος με ΑΔΤ/ΔιαβατήριοΤηλέφωνο σταθερό:

....., τηλέφωνο κινητό:

Επαγγελματική Ιδιότητα (σφραγίδα).....

Δια της παρούσας δηλώνω ρητώς ότι **ΕΠΙΘΥΜΩ** όπως αποστείλετε τα αποτελέσματα των εξετάσεων, για τα οποία οι ασθενείς της κλινικής/ιατρείου μας έχουν συναινέσει, με τηλεπικοινωνιακά και ηλεκτρονικά μέσα και συγκεκριμένα:

- α) στην ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail):
- β) μέσω φαξ στο ακόλουθο αριθμό:

Έλαβα γνώση της Πολιτικής Εχεμύθειας της Εταιρείας κατά την επεξεργασία των δεδομένων των ασθενών για τον σκοπό της αποστολής των ιατρικών αποτελεσμάτων και συμφωνώ σε αυτήν. Ενημερώθηκα από την μονάδα για τα ακόλουθα:

- Η αποστολή των αποτελεσμάτων με **φαξ** γίνεται κατόπιν δικού μου αιτήματος παρά τις συστάσεις της εταιρείας περί αποφυγής αποστολής των αποτελεσμάτων με το συγκεκριμένο μέσο και διαβεβαιώνω ότι πρόκειται για φαξ στο οποίο έχουν πρόσβαση μόνο οι ιατροί της κλινικής/ιατρείου. Γνωρίζω ότι δεν μπορεί να καθοριστεί εκ των προτέρων ο χρόνος αποστολής των αποτελεσμάτων με φαξ και συνεπώς ευθύνομαι να έχω περιορίσει την πρόσβαση σε αυτό σε τρίτους μέχρι και την παραλαβή των αποτελεσμάτων.
- Επιβεβαιώνω ότι η διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου **e-mail** μου είναι η ανωτέρω και δεν επιθυμώ την επαλήθευσή της με άλλο τρόπο.
- Επιθυμώ το ηλεκτρονικό αρχείο που θα μου αποσταλεί με **e-mail** με τα αποτελέσματα των εξετάσεων των ασθενών να είναι κρυπτογραφημένο.
- ΔΕΝ επιθυμώ (παρά τις συστάσεις της εταιρείας) το ηλεκτρονικό αρχείο που θα μου αποσταλεί με **e-mail** με τα αποτελέσματα των εξετάσεων των ασθενών να είναι κρυπτογραφημένο, για λόγους ασφαλείας και αναλαμβάνω προσωπικά κάθε σχετική ευθύνη.

Ημερομηνία:

Ο/Η αιτών/ ουσά

.....

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΜΕΣΑ

Η αποστολή ιατρικών αποτελεσμάτων μέσω **φαξ** είναι κατ' αρχήν ανασφαλής διαδικασία και θα πρέπει να αποφεύγεται. Κατά την αποστολή ιατρικών αρχείων μέσω φαξ δεν προκύπτει σαφώς ποιος είναι ο παραλήπτης και μπορούν στα αρχεία να αποκτήσουν πρόσβαση τρίτοι. Η αποστολή των αποτελεσμάτων με **φαξ** θα πρέπει να γίνεται μόνο όταν επιμένει ιδιαίτερα ο ενδιαφερόμενος, αφού ενημερωθεί για τους κινδύνους, αναλαμβάνοντας πλήρως την ευθύνη.

Σχετικά με την αποστολή ιατρικών αποτελεσμάτων με e-mail, θα πρέπει να γίνεται με τον εξής τρόπο:

α) Ο ενδιαφερόμενος θα πρέπει να υποβάλλει εγγράφως την αίτησή του για την αποστολή των ιατρικών αποτελεσμάτων μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, υπογράφοντας την σχετική φόρμα. Ο ενδιαφερόμενος θα πρέπει να αναγράφει ιδιοχείρως το όνομα του και να συμπληρώνει ευκρινώς την διεύθυνση του ηλεκτρονικού του ταχυδρομείου.

β) Συνιστάται να πραγματοποιείται διαδικασία επαλήθευσης της δηλωθείσας διεύθυνσης ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, με την αποστολή κενού e-mail στο οποίο ο ενδιαφερόμενος θα πρέπει να απαντήσει προς επαλήθευση της διεύθυνσής του. Εάν ο ενδιαφερόμενος ρητά δηλώσει ότι δεν το επιθυμεί αναλαμβάνοντας τους σχετικούς κινδύνους (βλέπε επιλογή στην ανωτέρω φόρμα) τότε μόνο μπορεί να παραληφθεί η επιβεβαίωση.

γ) Τα ιατρικά αποτελέσματα των εξεταζόμενων που αποστέλλονται με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο θα πρέπει να είναι κρυπτογραφημένα. Εάν ο ενδιαφερόμενος ρητά δηλώσει ότι δεν το επιθυμεί αναλαμβάνοντας τους σχετικούς κινδύνους (βλέπε επιλογή στην ανωτέρω φόρμα) τότε μόνο μπορεί να παραληφθεί η κρυπτογράφηση.

δ) Η αποστολή των ιατρικών αποτελεσμάτων των εξεταζόμενων με ηλεκτρονικά μέσα θα πρέπει να γίνεται μόνο από τους ειδικά εξουσιοδοτημένους υπαλλήλους. Τα καθήκοντα αυτά δεν μπορεί να ανατεθούν σε τρίτο μη εξουσιοδοτημένο υπάλληλο.

ε) Κάθε απεσταλμένο μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή φαξ θα πρέπει να τηρείται στο αρχείο της εταιρείας με ασφαλή τρόπο.

στ) Τα μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου που περιλαμβάνουν αποτελέσματα εξετάσεων θα πρέπει να αποστέλλονται μόνο μέσω της εταιρικής ηλεκτρονικής διεύθυνσης και μόνο δια μέσω των ειδικών σταθμών εργασίας που έχουν διατεθεί και πληρούν τις προδιαγραφές ασφαλείας.