

GIẤY ĐỒNG Ý CHIA SẺ DỮ LIỆU

Giữa Trung Tâm Chăm Sóc Y Tế (MVZ) và Bác Sĩ Gia Đình / Bác Sĩ Điều Trị Khác / Bên Thứ Ba

Trung tâm Y tế Recura GmbH
Neucoswiger Str. 21, 01640 Coswig

(Tuân thủ Điều 6(1)(a) & Điều 9(2)(a) GDPR – Quy định Bảo mật EU)

Họ tên bệnh nhân (viết in hoa): _____

Ngày sinh: _____

Địa chỉ: _____

1. Chia sẻ dữ liệu với Bác sĩ gia đình / Bác sĩ điều trị khác

Tôi đồng ý cho phép Trung tâm Y tế chia sẻ dữ liệu điều trị và kết quả chẩn đoán của tôi với bác sĩ gia đình hoặc bác sĩ điều trị khác nhằm mục đích ghi chép hồ sơ và/hoặc tiếp tục điều trị.

- Việc chia sẻ này giúp bác sĩ gia đình cập nhật hồ sơ tổng thể hoặc theo dõi điều trị (nếu cần).
- Đồng ý này có hiệu lực bất kể hình thức truyền tải (điện tử, bản giấy, v.v.) và không phụ thuộc vào việc bác sĩ có tiếp nhận điều trị ngay sau đó hay không.

Có thể điền nhiều bác sĩ:

1. _____ (Tên & địa chỉ bác sĩ)

2. _____ (Tên & địa chỉ bác sĩ)

3. _____ (Tên & địa chỉ bác sĩ)

2. Yêu cầu dữ liệu từ Bác sĩ gia đình / Bác sĩ điều trị khác

Tôi đồng ý để Trung tâm Y tế yêu cầu dữ liệu điều trị và kết quả chẩn đoán của tôi từ bác sĩ gia đình hoặc bác sĩ điều trị trước đó, nếu cần thiết cho quá trình điều trị hiện tại.

- Trung tâm chỉ sử dụng dữ liệu này đúng mục đích đã được chia sẻ.

Có thể điền nhiều bác sĩ:

1. _____ (Tên & địa chỉ bác sĩ)

2. _____ (Tên & địa chỉ bác sĩ)

Lưu ý quan trọng

- Việc đồng ý là tự nguyện. Nếu không đồng ý, có thể ảnh hưởng đến chất lượng điều trị do thiếu thông tin y tế cần thiết.

- Bạn có quyền hủy bỏ đồng ý bất kỳ lúc nào (một phần hoặc toàn bộ) mà không cần giải thích.

- Hủy bỏ có hiệu lực kể từ thời điểm Trung tâm Y tế nhận được thông báo, không áp dụng ngược lại các giao dịch dữ liệu trước đó.

Nơi, Ngày: _____

Chữ ký bệnh nhân: _____

Họ tên (viết in): _____

Nếu có người đại diện

Tôi là người đại diện hợp pháp (người giám hộ/người được ủy quyền).

Họ tên người đại diện (viết in): _____

Chữ ký: _____

Địa chỉ: _____

Loại đại diện (giám hộ/ủy quyền/chăm sóc/...): _____