

Szülői nyilatkozat a törvényes képviseletről és szülői felügyeleti jog gyakorlásról, valamint Adatkezelésről

a személyes és egészségügyi adatok kezelésével kapcsolatos tájékoztatás megismeréséről
Gyermekpszichológiai és Gyermekpszichiátriai Szakellátás

Gyermek neve:	
TAJ száma:	
Születési ideje:	

Törvényes képviselő neve:	
Lakcíme:	
Telefonszáma:	
Email címe:	

Nyilatkozat

I) Alulírott büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fent megjelölt gyermek tekintetében az alábbiak szerint rendelkezem törvényes képviseleti jogosultsággal.

Kérjük, a megfelelő választ jelölje meg!

A szülői felügyeleti jog gyakorlása

- ☐ A gyermek felett a szülői felügyeleti jogot önállóan gyakorlom.
- ☐ A gyermek felett a szülői felügyeleti jogot a másik szülővel közösen gyakorlom.
- ☐ A gyermek törvényes képviselője gyám.
- ☐ Egyéb:

A másik törvényes képviselő adatai <i>(amennyiben ismert és releváns)</i>	
Neve:	
Születési helye, ideje:	

Lakcíme:	
Telefonszáma:	
Email címe:	

A másik törvényes képviselő tájékoztatása

Kijelentem, hogy

- ☐ a másik törvényes képviselő az ellátásról tudomással bír.
- ☐ a másik törvényes képviselő hozzájárulását beszereztem.
- ☐ jogszabály vagy bírósági/gyámhatósági döntés alapján a másik törvényes képviselő hozzájárulása nem szükséges.
- ☐ a másik törvényes képviselő is jelen van, és jelen nyilatkozatot velem együtt írja alá.

Bírósági vagy hatósági döntés

- ☐ A szülői felügyeleti jogot érintő bírósági vagy gyámhatósági határozat nincs.
- ☐ A szülői felügyeleti jogot érintő bírósági vagy gyámhatósági határozat rendelkezésre áll, amelynek másolatát az intézmény részére bemutattam / átadtam.

Nyilatkozat az adatok valódiságáról

Kijelentem, hogy a jelen nyilatkozatban közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Vállalom, hogy a törvényes képviselőt vagy a szülői felügyeleti jog gyakorlását érintő bármely változást haladéktalanul bejelentem a Szentendre Város Egészségügyi Intézményeinek. Tudomásul veszem, hogy az intézmény a nyilatkozatban foglalt adatok valódiságát szükség esetén igazoló dokumentumok (különösen bírósági vagy gyámhatósági határozat) bemutatásához kötheti. Tudomásul veszem továbbá, hogy a valótlan tartalmú nyilatkozatból eredő jogkövetkezmények engem terhelnek.

II) Alulírott, mint a fent megjelölt gyermek törvényes képviselője kijelentem, hogy a Szentendre Város Egészségügyi Intézményei Adatkezelési Tájékoztatóját megismertem, illetve annak megismerésére lehetőséget kaptam. Tudomásul veszem, hogy a gyermekem ellátása során keletkező személyes és egészségügyi adatokat a Szentendre Város Egészségügyi Intézményei a hatályos jogszabályok, különösen az egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó rendelkezések és az Európai Unió Általános Adatvédelmi Rendelete (GDPR) alapján kezeli.

Tudomásul veszem, hogy gyermekem személyes és egészségügyi adatait az intézmény a mindenkor hatályos jogszabályoknak megfelelően kezeli.

Tudomásul veszem

Különösen tudomásul veszem, hogy

- az egészségügyi dokumentáció vezetése jogszabályi kötelezettség;
- az egészségügyi adatok kezelése elsődlegesen a gyermek megfelelő egészségügyi ellátását szolgálja;
- személyes és egészségügyi adatokat az intézmény kizárólag jogszabályi felhatalmazás vagy megfelelő hozzájárulás alapján továbbít;
- jogosult vagyok tájékoztatást kérni a kezelt adatokról;
- jogosult vagyok az adatkezeléssel kapcsolatos jogaim gyakorlására a vonatkozó jogszabályok szerint;
- az adatkezeléssel kapcsolatos kérdéseimmel az intézmény adatvédelmi tisztviselőjéhez fordulhatok.

Kijelentem, hogy

☐ az adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatást elolvastam.

☐ lehetőségem volt kérdéseket feltenni.

☐ kérdéseimre megfelelő választ kaptam.

Kelt: (helyi, dátum)	
----------------------	--

aláírás

A másik törvényes képviselő nyilatkozata

(amennyiben jelen van vagy a közös aláírás indokolt)

Alulírott kijelentem, hogy a jelen nyilatkozat tartalmát megismertem, az abban foglaltakkal egyetértek, és hozzájárulok gyermekem egészségügyi ellátásához.

nyilatkozó aláírása

Intézményi feljegyzés

- ☐ A törvényes képviselőt igazoló dokumentum bemutatásra került.
- ☐ Bírósági határozat bemutatásra került.
- ☐ Gyámhatósági határozat bemutatásra került.
- ☐ Egyéb:

Ellenőrzést végző munkatárs neve:	
Aláírása:	