

**BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT  
FÉNYKÉPFELVÉTEL KÉSZÍTÉSÉHEZ**

Alulírott ....., (születési idő .....) beleegyezem, hogy rólam / az általam képviselt ..... nevű kiskorú gyermekemről (*nem kívánt törlendő*) a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház dolgozója vagy meghatalmazottja fényképfelvételt készítsen. A fényképfelvétel készítésének **kizárólagos** célja az, hogy a sugárkezelést szolgáló gépi rendszerben a fényképet egyéb személyes adataimhoz csatolják, és így kizárjanak a személyazonosságommal / kiskorú gyermekem személyazonosságával kapcsolatos minden lehetséges tévedést (amelyet például névazonosság vagy a születési dátumok azonossága esetleg okozhat), ezáltal pedig részemre / kiskorú gyermekem részére még biztonságosabb ellátást nyújtsanak. A felvétel elkészítését követően a fényképet a fényképezőgépből kitörlik, a sugárkezelést szolgáló gépi rendszerből a fényképet a kórház dolgozói arra nem jogosult személyeknek nem adják ki, továbbá tiszteletben tartják a 2011. évi CXII. törvényben foglalt, személyes adatok kezelésére vonatkozó összes jogszabályi előírást.

**A fenti tájékoztatást megértettem, a fényképfelvétel elkészítéséhez és a sugárkezelést szolgáló gépi rendszerben történő használatához önkéntesen, kényszer nélkül hozzájárulok, továbbá tudomásul veszem, hogy fenti beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.** Ez utóbbi esetben a fényképet a kórház dolgozói a számítógépes rendszerből kitörlik.

Miskolc, #!AKTDATUM;

A kezelő orvos neve: #!KEZORVPROP(1);

.....  
A kezelő orvos aláírása

.....  
A beteg aláírása

.....  
A beteg törvényes képviselőjének aláírása

Beteg neve: #!NEV;

Születési ideje: #!SZULIDO;

Születési helye: #!BSZULHELY;

Lakcíme: #!BVAROS; #!BUTCA;

A törvényes képviselő neve: #!HNEV;

Születési ideje:

Születési helye:

Lakcíme: #!HVAROS; #!HUTCA;