



**PRIVOLITEV ZA FOTOGRAFIRANJE V MEDICINSKE NAMENE V SPECIALISTIČNIH AMBULANTAH
IN PRI DIAGNOSTIKAH**

Podpisani(a) (ime in priimek).....

rojen(a)....., stanujoč(a).....

pri obravnavi v specialistični ambulanti oz. pri diagnostiki.....

dovoljujem / ne dovoljujem (obkroži)

fotografiranje/video snemanje delov telesa oz. postopkov, ki je namenjeno načrtovanju zdravljenja ter spremljanju poteka zdravljenja in zdravstvene oskrbe. Tako pridobljene fotografije/video posnetki bodo postali del moje zdravstvene dokumentacije, zdravstveno osebje pa jih lahko uporabi v znanstveno raziskovalne in izobraževalne namene.

S podpisom te izjave se hkrati odpovedujem finančnim in morebitnim drugim zahtevkom zaradi uporabe fotografij/video posnetkov.

Ta privolitev je prostovoljna in se lahko kadarkoli prekliče. Zavrnitev privolitve ne bo vplivala na redno zdravljenje vaše bolezni.

Datum in ura,

Podpis pacienta/skrbnika/starša

V skladu z varstvom osebnih podatkov imate pravico od upravljavca kadarkoli zahtevati dostop do lastnih osebnih podatkov, izbris ali omejitev obdelave osebnih podatkov, prav tako pa imate pravico vložiti zahtevo za popravilo osebnih podatkov, ugovor obdelavi ali zahtevati prenos osebnih podatkov.

O morebitnih vprašanjih, povezanih z obdelavo osebnih podatkov in uresničevanjem pravic iz varstva osebnih podatkov, se lahko obrnete na pooblaščenca osebo za varstvo osebnih podatkov, kontakt katere lahko najdete na internetni strani Splošne bolnišnice Celje - <https://www.sb-celje.si/>.

V primeru kršitve varstva vaših osebnih podatkov lahko pri Informacijskem pooblaščenca RS vložite inšpekcijsko prijavo ali pritožbo.

OPOMBE:

1. Zaradi pacientovega zdravstvenega stanja privolitve ni mogoče dobiti.

Podpis zdravnika: _____ Datum in ura: _____

2. Pacient izjave ne želi izpolniti.

Podpis delavca, ki je pridobil podatke: _____ Datum in ura: _____