



Στοιχεία Φορέα που κάνει την εγγραφή

## Αίτηση Εγγραφής

Με έντονα γράμματα τα υποχρεωτικά στοιχεία

Ημερομηνία Εγγραφής: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<b>Επώνυμο</b>	<b>Όνομα</b>
<b>Πατρώνυμο</b>	<b>Μητρώνυμο</b>
<b>Ημερ. Γέννησης (*)</b>	ΔΑΤ
ΑΜΚΑ	Ασφαλιστικός Φορέας/ΑΜ
Επάγγελμα	Θεράπων Ιατρός
ΑΦΜ	ΔΟΥ

Στοιχεία Επικοινωνίας

<b>Οδός</b>	<b>Πόλη</b>
<b>ΤΚ</b>	Περιοχή
<b>Κινητό Τηλέφωνο</b>	Σταθερό Τηλέφωνο
<b>e-mail</b>	

(\*): Εφόσον ο πολίτης είναι ΑΝΗΛΙΚΟΣ, η παρούσα υποβάλλεται για λογαριασμό του και υπογράφεται από τον ασκούντα κατά νόμο κηδεμονίας του (ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ). Εάν ο πολίτης είναι ΕΝΗΛΙΚΟΣ και επιθυμεί να δηλώσει ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ, τότε η παρούσα υποβάλλεται από τον ίδιο και συνυπογράφεται από τον ίδιο και τον ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ.

Επώνυμο Φροντιστή	Όνομα Φροντιστή
Πατρώνυμο	Μητρώνυμο
Τηλέφωνο(Κινητό / Σταθερό)	e-mail

### Θέματα Υγείας που Επιθυμώ Ενημέρωση

<input type="checkbox"/> Αρθρίτιδα <input type="checkbox"/> Καρκίνος <input type="checkbox"/> Διαβήτης <input type="checkbox"/> Οστεοπόρωση <input type="checkbox"/> Οδοντική Υγεία <input type="checkbox"/> Πόνος <input type="checkbox"/> Υγεία της καρδιάς <input type="checkbox"/> Ινομυαλγία	<b>Σωματική Υγεία</b> <input type="checkbox"/> Αναιμία <input type="checkbox"/> Κρυολόγημα και Γρίπη <input type="checkbox"/> Πεπτικές Διαταραχές <input type="checkbox"/> Μολύνσεις <input type="checkbox"/> Οφθαλμολογική Φροντίδα <input type="checkbox"/> Δερματικές Διαταραχές <input type="checkbox"/> Αλλεργία <input type="checkbox"/> Ασθένειες Νεύρων & Εγκεφάλου	<b>Ψυχική Υγεία &amp; Εξαρτήσεις</b> <input type="checkbox"/> Διπολική Διαταραχή <input type="checkbox"/> Άγχος <input type="checkbox"/> Πονοκέφαλος <input type="checkbox"/> Κάπνισμα <input type="checkbox"/> Κατάθλιψη <input type="checkbox"/> Εξάρτηση <input type="checkbox"/> Διαταραχές Ύπνου <input type="checkbox"/> Διατροφική Διαταραχή	<b>Οικογένεια &amp; Ευ Ζην</b> <input type="checkbox"/> Γονείς <input type="checkbox"/> Διαχείριση Βάρους <input type="checkbox"/> Εναλλακτική Υγεία <input type="checkbox"/> Ομορφιά <input type="checkbox"/> Σεξουαλική Υγεία <input type="checkbox"/> Υγεία Ανδρών <input type="checkbox"/> Υγεία Γυναικών <input type="checkbox"/> Υγεία Ζώων
--	---	---	---

Δηλώνω υπεύθυνα και με γνώση των συνεπειών του νόμου για ψευδή δήλωση ότι όλα τα στοιχεία μου που αναφέρονται είναι αληθή και πραγματικά. Επίσης δηλώνω ότι με την υπογραφή και υποβολή της παρούσας αίτησης εγγραφής, έχω λάβει πλήρη και σαφή γνώση των παροχών που μου παρέχει η χρήση Προσωπικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (PHR) της ηλεκτρονικής πλατφόρμας MyHealthAngels, και συγκατατίθεμαι να λαμβάνω δεδομένα για την πορεία της εγγραφής μου, ενημερώσεις κ.λ.π. από τον Φορέα ή τρίτα πρόσωπα που διαχειρίζονται την ως άνω εφαρμογή. Μου γνωστοποιήθηκε από τον ΦΟΡΕΑ ως Υπεύθυνο Επεξεργασίας η τήρηση αρχείων προσωπικών δεδομένων, κατόπιν άδειας της αρμόδιας αρχής και συναινώ. Συγκατατίθεμαι ειδικώς και ελευθέρως να χρησιμοποιήσουν τα προαναφερόμενα στοιχεία μου, ο Φορέας ή άλλες εταιρείες συνδεδεμένες με αυτόν ή συνεργαζόμενες με αυτόν και ως υπεργολάβοι, καθώς και οι ανωτέρω αποδέκτες και εκτελούντες επεξεργασία, με σκοπό την ενημέρωσή μου και αποστολή ενημερωτικού υλικού, με έντυπη μορφή ή με οποιοδήποτε μέσο ηλεκτρονικής επικοινωνίας (σύμφωνα με το Ν. 2251/94 όπως αυτός τροποποιήθηκε με τον Ν. 3587/2007 σε συνδυασμό με το άρθρο 11 παρ. 1, 2 και 5 του Ν. 3471/2006) για προϊόντα ή υπηρεσίες τους μέχρι την ρητή εναντίωσή μου σε τέτοιες ενέργειες. Συγκατατίθεμαι ομοίως και στην εκ μέρους του Φορέα λήψη και επεξεργασία των ευαίσθητων δεδομένων υγείας μου των οποίων γίνεται αποδέκτης κατά την παροχή προς εμένα ιατρικών υπηρεσιών, αποκλειομένης της περαιτέρω μεταβίβασης σε τρίτους. Έλαβα γνώση ότι δύναμαι να ασκήσω, εφόσον το επιθυμώ, σύμφωνα με τα άρθρα 12 και 13 του Ν.2472/1997 το δικαίωμά μου πρόσβασης και αντίρρησης σχετικά με τα προσωπικά δεδομένα που με αφορούν και αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας, απευθυνόμενος εγγράφως προς τον Φορέα.

Αποκτείστε τώρα το Ψηφιακό Βιβλιάριο Υγείας σας (PHR) και φυλάξτε έτσι εύκολα και με ασφάλεια τα αποτελέσματα των εξετάσεών σας.

ΝΑΙ Επιθυμώ να αποκτήσω το Ψηφιακό Βιβλιάριο Υγείας

(ολογράφως ονοματεπώνυμο & υπογραφή)