

## **HASTA ve HASTA YAKINI KİŞİSEL VERİLERİNİN İŞLENMESİNE YÖNELİK AÇIK RIZA METNİ**

### **Hasta ve Hasta Yakını Kişisel Verilerinin İşlenmesine Yönelik Aydınlatma Metni'ni okudum ve bu kapsamda:**

Kişisel verilerimin veri sorumlusu **Uzm.Dr.Hande Çelik Mehmetoğlu** ve veri işleyen (Uzm.Dr.Hande Çelik Mehmetoğlu'nun SGK lı çalışanı) tarafından, muhafaza edilmesine, aktarılmasına, yasadaki esaslar çerçevesinde toplanmasına, kaydedilmesine, işlenmesine, saklanmasına peşinen izin verdiğimi belirtir ve aşağıda belirtilen şekilde paylaşılmasını kabul, beyan ve taahhüt ederim.

6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" ve "Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik" gereğince, kişisel verilerimin, özel nitelikli kişisel verilerimin, sağlık verilerimin tarafımda sözlü/yazılı ve/veya elektronik ortamda verilen kimliğimi belirleyen veya belirlemeye yarayanlar da dahil olmak üzere her türlü kişisel verimin, özel nitelikli kişisel verimin, kişisel sağlık verimin Uzm.Dr.Hande Çelik Mehmetoğlu tarafından işlenmesine, muhafaza edilmesine, paylaşılmasına; kişisel veriler, özel nitelikli kişisel veriler, sağlık verilerimin 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu"nda ve "Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik"te tanımlanan kapsamda aşağıda detayları verilen kişisel ve özel nitelikli kişisel verilerin işlenmesine ve paylaşılmasına muvafakat ettiğimi kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Kimliği belirli veya belirlenebilir bir gerçek kişiye ait olduğu açık olan; kısmen veya tamamen otomatik şekilde veya veri kayıt sisteminin bir parçası olarak otomatik olmayan şekilde işlenen; kişinin kimliğine dair bilgilerin bulunduğu verilerdir; ad-soyad, T.C.Kimlik numarası, uyruk bilgisi, anne adı-baba adı, doğum yeri, doğum tarihi, cinsiyet gibi bilgileri içeren ehliyet, nüfus cüzdanı ve pasaport gibi belgeler ile vergi numarası, SGK numarası, imza bilgisi v.b. bilgiler Kimliği belirli veya belirlenebilir bir gerçek kişiye ait olduğu açık olan; kısmen veya tamamen otomatik şekilde veya veri kayıt sisteminin bir parçası olarak otomatik olmayan şekilde işlenen; telefon numarası, adres, e-mail adresi, faks numarası, IP adresi gibi bilgiler Kimliği belirli veya belirlenebilir bir gerçek kişiye ait olduğu açık olan; kısmen veya tamamen otomatik şekilde veya veri kayıt sisteminin bir parçası olarak otomatik olmayan şekilde işlenen; fiziksel mekana girişte, fiziksel mekanın içerisinde kalış sırasında alınan kayıtlar ve belgelere ilişkin kişisel veriler; kamera kayıtları, parmak izi kayıtları ve güvenlik noktasında alınan kayıtlar.

Kimliği belirli veya belirlenebilir bir gerçek kişiye ait olduğu açık olan; fotoğraf ve kamera kayıtları (Fiziksel Mekan Güvenlik Bilgisi kapsamında giren kayıtlar hariç), kişisel veri içeren belgelerin kopyası niteliğindeki belgelerde yer alan veriler .

Kimliği belirli veya belirlenebilir bir gerçek kişiye ait olduğu açık olan; kısmen veya tamamen otomatik şekilde veya veri kayıt sisteminin bir parçası olarak otomatik olmayan şekilde işlenen; Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 6.

maddesinde belirtilen veriler (örn. kan grubu da dahil sağlık verileri, biyometrik veriler vb.)

Yukarıda belirtilen kişisel verilerimin Uzm.Dr.Hande Çelik Mehmetoğlu tarafından bahsi geçen kapsamda şahsıma ve bağımlılarıma ait kişisel verilerimizin nasıl işleneceği konusunda tamamen bilgilendirilmiş olarak; Kişisel ve özel nitelikli kişisel verilerimin işleneceğini ve T.C. Sağlık Bakanlığına, Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlara, özel bilgi yönetim sistemlerine, Sağlık Bakanlığına bağlı yönetim sistemlerine aktarılacağını biliyorum. Ayrıca randevu oluşturulması ve takibi, sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi, saklama ve arşiv faaliyetlerinin yürütülmesi, talep / şikayetlerin takibi, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi ve yetkili kişi, kurum ve kuruluşlara bilgi verilmesi amaçlarıyla

1-Yukarıda belirtilen kişisel ve özel nitelikli kişisel verilerimin Uzm.Dr.Hande Çelik Mehmetoğlu ve veri işleyen(Uzm.Dr.Hande Çelik Mehmetoğlu'nun SGK lı çalışanı) tarafından işlenmesini, muhafaza edilmesini, aktarılmasına yasadaki esaslar çerçevesinde toplanmasına, kaydedilmesine, işlenmesine saklanmasına

Onay veriyorum.

Onay vermiyorum.

2-Yurt içinde ve yurt dışında yerleşik tedarikçilerinize(Örn, yeminli mali müşavir ve hukuk danışmanları, bilişim teknolojileri, hizmet sağlayıcıları, yemekhane ve porter hizmeti alınan kurumlar)muayenehanenize verdikleri hizmetler ile ilintili ve sınırlı olarak aktarılmasına,

Onay veriyorum.

Onay vermiyorum.

3-Sağlık durumumun teşhisi ve tedavisinde ikinci görüş almak amacıyla, kimlik bilgilerimin, görsel ve sağlık verilerimin uzman görüşü veren işbirliği içerisinde olduğunuz yurt içinde veya yurt dışında bulunan sağlık kurum ve kuruluşlarına aktarılmasına;

Onay veriyorum.

Onay vermiyorum.

4-Özel sigorta şirketim veya özel sigorta şirketim tarafından tarafından yetkilendirilmiş aracı kurum, veya tamamlayıcı sigorta şirketlerine veya anlaşmalı kurumlara şahsımla ilgili tıbbi bilgilerime ulaşmak istediğinde ve/veya polikliniğinizden/muayenehanenizden aldığım sağlık hizmetlerinin provizyon ve faturalandırma süreçlerinde sağlık verilerimin özel sigorta şirketine,tamamlayıcı sigorta şirketlerine veya anlaşmalı kurumlara aktarılmasının özel sağlık,tamamlayıcı sağlık sigortasından faydalanmam ve tedavi masraflarımın ödenmesi için zorunlu olduğunu bilerek bu amaçlarla kişisel sağlık verilerimin Uzm.Dr.Hande Çelik Mehmetoğlu ve veri işleyen(Uzm.Dr. Hande Çelik Mehmetoğlu'nun SGK'lı çalışanı) tarafından özel

sigorta şirketime ,tamamlayıcı sağlık sigorta şirketine veya özel sigorta şirketim tarafından yetkilendirilmiş aracı kuruma aktarılmasına

Onay veriyorum.

Onay vermiyorum.

5-Yukarıda paylaşılan kişisel verilerim ile birlikte uygulama sırasında hekim tarafından çekilecek tıbbi fotoğraflarımın işlenmesine, bana uygulanacak girişim/tedavi sırasında fotoğraf çekilmesine ya da kayıt yapılmasına, saklanmasına, işlenmesine

Onay veriyorum.

Onay vermiyorum.

6-Randevu ve kampanya bilgilerimin elektronik posta, sosyal medya aracılığıyla veya telefonuma SMS gibi araçlar yoluyla bilgilendirme yapılmasını, finansal bilgilerimin paylaşımının

.....e-posta adresine tebliğ edilmesine

Onay veriyorum.

Onay vermiyorum.

7- Konsültasyon/laboratuvar hizmeti alınan yurt dışında yerleşik sağlık kuruluşlarına, doktorlara ve sağlık personellerine konsültasyona/tetkike/teste onay vermem halinde tıbbi konsültasyonun/tetkikin/testin temini ile sınırlı olarak aktarılmasına

Onay veriyorum.

Onay vermiyorum.

Özel Nitelikli Kişisel Verilerin Hasta Aile Üyeleri ve Onay Verdiği Diğer Kişilere Aktarımına Yönelik Açık Rıza

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, Hasta Hakları Yönetmeliği, Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik başta olmak üzere ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak tıbbi gereklilik, mahkeme kararı ile aktarımı zorunlu olan haller (örn. T.C. Sağlık Bakanlığı, T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, mahkemeler, hasta sevki / nakli yapılan kuruluşlar, hastane/hasta bilgi yönetim sistemi firmaları) haricinde de aşağıda belirlediğim aile üyelerime / yakınlarıma, refakatçilerime, vekilime veya kanuni temsilcime ve diğer izin verdiğim aşağıdaki üçüncü kişilere sağlık verilerimin (örn. tahlil sonuçları, tetkik bilgilerim, randevu bilgilerim, sağlık durumum ile ilgili genel bilgim) aktarılmasına

Onay veriyorum.

Onay vermiyorum.

Ad Soyad :

Yakınlık Derecesi / İlgili

T.C. Kimlik No.:

İletişim Bilgisi :

(Hasta tarafından özel nitelikli kişisel verilerin aktarımına izin verilen aile yakını, refakatçi ve diğer üçüncü kişilere ait bilgiler yukarıda Hasta tarafından elle doldurulur)

Onay veriyorum.

Onay vermiyorum.

\*\*\* Aile üyelerim, yakınlarım ve sair üçüncü kişilere ait muayenehanemiz ile paylaştığım özel nitelikli kişisel veriler de dahil tüm kişisel veriler bakımından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili düzenlemelere uygun şekilde ilgili aktarımı gerçekleştirdiğimi ve bu kapsamda ilgili kişileri bilgilendirdiğimi ve gerekli ise rızalarını temin ettiğimi kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Hasta / Hastanın Yasal Temsilcisi / Hastanın Vasisi / Çocuk Hastaların Ebeveynleri

Ad-Soyad :

:

Yakınlık Derecesi :

(Bu bölüm yukarıda belirtilen hasta dışındaki kişiler tarafından doldurulmalıdır)

:

Tarih :

İmza :

\*\*\*\*Tercüman/tanık gerekiyorsa Tercümanın /tanığın

Adı ve Soyadı.....