

## KİŞİSEL VERİLERİN VE ÖZEL NİTELİKLİ KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ HAKKINDA AÇIK RIZA FORMU

Veri sorumlusu **Prof. Dr. Tansu Sipahi** tarafından Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma / Bilgilendirme metninde detaylı olarak yer alan kişisel verilerinizin;

Sözleşmenin ifası, kanunda açıkça öngörülmesi, hukuki yükümlülüğümüzü yerine getirebilmemiz için zorunlu olması ve kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi amacıyla gerektiği ölçüde işlenmesi ve aktarılması halleri haricinde; aşağıda belirtilen hususlara ilişkin olarak açık rızanızı talep ediyoruz.

### AÇIK RIZA:

Kişisel Verilerin Toplanması, İşlenmesi ve İşleme Amaçları yüksek standartlarda hizmet sunabilmek amacı ile kişisel verilerimi, verilen hizmetin niteliğine bağlı olarak, internet, mobil uygulamalar, fiziksel mekânlar ve benzeri kanallardan sözlü, yazılı, görsel, ya da elektronik olarak elde ettiğiniz konusunda Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma / Bilgilendirme metnini okuyarak bilgilendirildim.

Bu kapsamda tüm tıbbî teşhis, muayene, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi için gerekli olan ve bu amaçla elde edilen kişisel sağlık verilerim başta olmak üzere, elde edilen başlıca genel ve özel nitelikli kişisel verilerim aşağıda sıralanmıştır;

- Adım, soyadım, TC kimlik numaram, Yabancı vatandaşı olmam halinde pasaport numaram veya geçici TC kimlik numaram, doğum yeri ve tarihim, medeni halim, cinsiyet bilgim gibi kimlik verilerim ve ibraz ettiğim TC Kimlik Kartı ya da Ehliyet fotokopim,
- Adresim, telefon numaram, elektronik posta adresim gibi iletişim verilerim,
- Dosyamda takip edilmesi amacıyla kendi sunduğum laboratuvar ve görüntüleme sonuçlarım, test sonuçlarım, muayene verilerim, reçete bilgilerim gibi tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi sırasında elde edilen sağlığa ilişkin verilerim,
- Hizmetlerinizi değerlendirmek amacı ile paylaştığım yanıt ve yorumlar,
- **Muayenehanenizi ziyaretim sırasında alınan kapalı devre kamera sistemi görüntü,**
- **Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve planlanması amacıyla özel sağlık sigortasına ilişkin verilerim,**
- Web sitenizin kullanımı sırasında elde edilen gezinme bilgilerim, IP adresim, tarayıcı bilgilerim ve kendi rızam ile ilettiğim tıbbî belgeler, anketler, form bilgilerim ve konum verilerim.
- Kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi,
- İlgili mevzuat uyarınca Sağlık Bakanlığı ve diğer kamu kurum ve kuruluşları ile talep edilen bilgilerin paylaşılması,
- Yasal ve düzenleyici gereksinimlerin yerine getirilmesi,
- Hasta memnuniyetinin ölçülmesi, arttırılması ve araştırılması,

- Tıbbi uygulama sırasında hekim tarafından çekilecek tıbbi fotoğraflarımın işlenmesine, bana uygulanacak girişim/tedavi sırasında fotoğraf çekilmesine ya da kayıt yapılmasına, saklanmasına, işlenmesine

fiziki ve elektronik arşivlerde büyük bir titizlik ve mevzuat hükümlerine riayet edilerek muhafaza edilebileceği konusunda detaylı olarak bilgilendirildim.

Kişisel Verilerin Aktarılması Kişisel verilerim, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, Özel Hastaneler Yönetmeliği, Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Korunması Yönetmeliği ve Sağlık Bakanlığı düzenlemeleri ve sair mevzuat hükümleri çerçevesinde ve yukarıda açıklanan amaçlarla;

- Sağlık Bakanlığı, bakanlığa bağlı alt birimler ve aile hekimliği merkezleri ile,
- Özel sigorta şirketleri (sağlık, emeklilik, hayat sigortası ve benzeri),
- Sosyal Güvenlik Kurumu ile,
- Emniyet Genel Müdürlüğü ve diğer kolluk kuvvetleri ile,
- Nüfus Genel Müdürlüğü ile,
- Türkiye Eczacılar Birliği ile,
- Adli makamlar ile,
- Tıbbi teşhis ve tedavi için laboratuvarlar, tıp merkezleri, ambulans, tıbbi cihaz ve sağlık hizmeti sunan kurumlar ile,
- Sevk edilmem durumunda sevk edildiğim veya kendi başvurduğum başka bir sağlık kuruluşu ile,
- Yetki vermiş olduğum kanuni temsilciler ile,
- Çalışmakta olduğunuz avukatlar, vergi danışmanları ve denetçiler de dâhil olmak üzere danışmanlık aldığınız üçüncü kişiler ile,
- Düzenleyici ve denetleyici kurumlar ve resmi merciler ile paylaşılabilir.

Kişisel Veri Toplamının Yöntemi ve Hukuki Sebebi Kişisel verilerimin, her türlü sözlü, yazılı, görsel ya da elektronik ortamda, yukarıda yer verilen amaçlar ve yürütülen işin yasal çerçeve dahilinde yürütülebilmesi, akdi ve kanuni yükümlülüklerini tam ve gereği gibi ifa edebilmesi için toplanmakta ve işlenmekte olduğu konusunda bilgilendirildim.

Ayrıca, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 6. maddesi 3. fıkrasında da belirtildiği üzere sağlık ve cinsel hayata ilişkin kişisel veriler ise ancak kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi amacıyla, sır saklama yükümlülüğü altında bulunan kişiler veya yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından açık rızam aranmaksızın işlenebileceğini biliyorum.

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun uyarınca;

- a) Kişisel veri işlenip işlenmediğini öğrenme,
- b) Kişisel verileri işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
- c) Kişisel verilerin işlenme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
- ç) Yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme,
- d) Kişisel verilerin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme,
- e) 7 nci maddede öngörülen şartlar çerçevesinde kişisel verilerin silinmesini veya yok edilmesini isteme,
- f) (d) ve (e) bentleri uyarınca yapılan işlemlerin, kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,
- g) İşlenen verilerin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle kişinin kendisi aleyhine bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,
- ğ) Kişisel verilerin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğraması hâlinde zararın giderilmesini talep etme haklarına sahip olduğum konusunda tarafıma bilgi verildi.

İlgili kişi olarak taleplerimi, İlgili kişi 6698 sayılı KVK Kanununun 11. Maddesinde belirtilen hakları için [www.tansusipahi.com.tr](http://www.tansusipahi.com.tr) adresinde bulunan başvuru formunu, Veri Sorumlusuna Başvuru Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ'de yer alan usul ve esaslarına uygun olarak Veri Sahibi, kimliğini gösteren belgeler ile birlikte "Galeria AVM arkası Beta villaları 1940 sok. No: 15 Ümitköy/ Ankara" adresine ıslak imzalı olarak; ya da [t.sipahi@hotmail.com](mailto:t.sipahi@hotmail.com) adresine elektronik posta adresini kullanmak suretiyle başvurabileceğimi biliyorum.

Veri Sorumlusu tarafından hazırlanan Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma/ Bilgilendirme metnini okuduğumu ve anladığımı, Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma/ Bilgilendirme metninde detaylı olarak yer alan kişisel verilerimin işlenme amaçları, aktarıldığı kurum, kuruluş, şirket ve sağlık profesyonelleri, toplanma yöntemleri ve hukuki sebepleri, kişisel verilerimin korunmasına yönelik haklarım, veri güvenliği ve başvuru hakkıma dair bilgilendirildiğimi, Kişisel ve Özel Nitelikli verilerimin; sözleşmenin ifası, kanunda açıkça öngörülmesi, Veri sorumlusunun hukuki yükümlülüğünü yerine getirebilmesi için zorunlu olması ve kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi amaçları ile gerektiği ölçüde işlenmesi ve aktarılması halleri haricinde Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma / Bilgilendirme metninde belirtilen hususlara uygun olarak muhafaza edilmesi, işlenmesi ve aktarılmasını, AÇIK RIZAM ile KABUL EDİYORUM.

ONAY VERİYORUM

ONAY VERMİYORUM

\*Hasta Hakları Yönetmeliği gereği; formun 1 sureti size verilecektir.

Form tarafınıza verilmediğinde bildiriniz.

ONAM Kendi el yazınız ile “Okuduğumu anladım”  
yazınız:.....

Hasta Adı Soyadı:.....

İmza:.....

Tarih: ...../...../.....

Hasta Yakını Adı Soyadı:.....

İmza:.....

Yakınlık Derecesi: .....

Hasta Yakınından Onam Alınma Nedeni: • Hasta 19 yaşından gün almamış (Her iki ebeveynden -anne ve baba- imza alınır. Ancak boşanmış aile ise imza velayet sahibi ebeveynden, Temyiz kudretine haiz değil /karar verme yetisi yok (Vasisi ya da yasal temsilcisinden alınır)