

HASTA/HASTA YAKINI İÇİN AÇIK RIZA METNİ

Tedavi işleminin tarafınıza başarıyla uygulanabilmesi, tedavinizin gelişiminin doktorunuz tarafından gözlemlenmesi ve geliştirilebilmesi, komplikasyon süreçlerinin başarıyla yönetilebilmesi, hasta dosyanızın oluşturulabilmesi, kliniğimizin tedavinize ilişkin akdi, kanuni, idari ve mali yükümlülüklerini yerine getirebilmesi amacıyla vereceğiniz Kişisel Verileriniz ve Özel Nitelikli Kişisel Verileriniz **DENTAÇORUM SAĞLIK HİZMETLERİ ANONİM ŞİRKETİ** (Bundan böyle **“DENTAÇORUM”** olarak ifade edilecektir.) 6698 sayılı Kişisel Verileri Koruma Kanunu (KVKK) hükümlerine uygun şekilde veri sorumlusu sıfatıyla DentaÇorum tarafından hazırlanan “KİŞİSEL VERİLERİ İŞLEME ENVANTERİ VE KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI POLİTİKASINA” uygun olarak tarafınıza sunulan “KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASINA İLİŞKİN HASTALAR İÇİN AYDINLATMA METNİ” kapsamında işlenecek, aktarılacak ve mevzuatta yer alan tüm idari ve teknik tedbirler alınmak suretiyle muhafaza edilecektir. Tarafımızca hazırlanan iş bu metni, okuyup imzaladığınızda kişisel ve özel nitelikli kişisel verilerinizin belirtilen amaçlar çerçevesinde işlenmesine, aktarılmasına ve muhafaza edilmesine **AÇIK RIZANIZ İLE ONAY VERMİŞ** olacaksınız.

DentaÇorum tarafından hazırlanan Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında **“Kişisel Verileri İşleme Envanteri Ve Kişisel Verilerin Korunması Politikasını”** ve **“Hastalar İçin Aydınlatma Metnini”** okuduğumu ve anladığımı ve işbu metinde yer alan kişisel verilerimin işlenmesindeki amacı; aktarıldığı kurum, kuruluş ve şirketler ile üçüncü şahısları, toplanma yöntemleri ve bunlara ilişkin hukuki sebepleri, kişisel verilerimin korunmasına yönelik haklarımı, kişisel verilerimin güvenliği ve sahip olduğum başvuru hakkıma dair bilgilendirildiğimi, Kişisel ve Özel Nitelikli verilerimin; sözleşmenin ifası, kanunda açıkça öngörülmesi, DentaÇorum’un 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 Korunması Kanunu Kapsamında Hastalar İçin Aydınlatma Metninde”** belirtilen hususlara uygun olarak; işlenmesini, muhafaza edilmesini, düzenlenmesi ve aktarılmasını, AÇIK RIZAM ile;

KABUL EDİYORUM.

KABUL ETMİYORUM.

***Lütfen kendi el yazınız ile “Okudum anladım” yazarak imzalayınız.

Hasta Ad-Soyadı:

İmza:

Tarih:

Hasta Yakını Ad-Soyadı:

İmza:

Tarih:

Yakınlık Derecesi:

***Hasta yakınlarından; hastanın 18 yaşını doldurmaması, bilincinin kapalı olması ve ayırt etme gücünün olmaması durumunda vasisi veya yasal temsilcisi sıfatıyla imza alınır.

Tercüman Ad-Soyad:

İmza:

Tarih: