



KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ HAKKINDA AÇIK RIZA FORMU



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

DOKÜMAN KODU: HB.FR.21

YAYIN TARİHİ: 01.01.2022

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO/SAYISI: 1 / 6

KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ HAKKINDA AÇIK RIZA FORMU

Özel Sultangazi Diyaliz Merkezi 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;

Kişisel Verilerin Toplanması, İşlenmesi ve İşleme Amaçları

Bana yüksek standartlarda hizmet sunabilmek amacı ile kişisel verilerimi, verilen hizmetin niteliğine bağlı olarak Çağrı Merkezi, 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,Türk 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, □ Banka hesap numaram ,IBAN numaram gibi finansal verilerim,
- Dosyamda takip edilmesi amacıyla kendi sunduğum laboratuvar ve görüntüleme sonuçlarım, test sonuçlarım, muayene verilerim, reçete bilgilerim gibi tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi sırasında elde edilen sağlık ve cinsel hayata ilişkin verilerim,
- Hizmetlerinizi değerlendirmek amacı ile paylaştığım yanıt ve yorumlar,
- Hastanelerinizi ziyaretim sırasında alınan kapalı devre kamera sistemi görüntü ve ses kaydım,
- Çağrı Merkeziniz ile iletişime geçtiğim takdirde tutulan sesli görüşme kayıtları,
- Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve planlaması amacıyla özel sağlık sigortasına ilişkin verilerim ve Sosyal Güvenlik Kurumu verilerim,
- Otopark ve vale hizmetinden faydalanmam halinde araç plaka verim,
- Web siteniz ve mobil uygulamanızın kullanımı sırasında elde edilen gezinme bilgilerim, IP adresim, tarayıcı bilgilerim ve kendi rızam ile ilettiğim tıbbi belgeler, anketler ,form bilgilerim ve konum verilerim.

Yukarıda sayılmış olan kişisel verilerim ile özel nitelikli kişisel verilerimin aşağıdaki amaçlar ile işlenebileceği konusunda bilgilendirildim;

- 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 Hizmetleri, Mali İşler, Pazarlama bölümleri tarafından sağlık hizmetlerimin finansmanı, tetkik, teşhis ve tedavi giderlerinizin karşılanması, müstehaklık sorgusu kapsamında özel sigorta şirketler ile talep edilen bilgilerin paylaşılması,



KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ HAKKINDA AÇIK RIZA FORMU



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

DOKÜMAN KODU: HB.FR.21

YAYIN TARİHİ: 01.01.2022

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO/SAYISI: 2 / 6

- Çağrı Merkezi ve Dijital Kanallarınız aracılığı ile randevum hakkında bilgilendirilmek,
- Hasta Hizmetleri, Sağlık Profesyonelleriniz ve Çağrı Merkezi bölümleri tarafından kimliğimin teyit edilmesi,
- Hastane Yönetimi tarafından kurum iç işleyişinin planlanması ve yönetilmesi,
- Kalite ,Hasta Deneyimi, Bilgi Sistemleri bölümleri tarafından sağlık hizmetlerini geliştirme amacıyla analiz yapılması,
- İnsan Kaynakları ve Kalite bölümleri tarafından, çalışanlarınıza eğitim verilmesi,
- Denetim ve Bilgi Sistemleri bölümleri tarafından suistimal ve yetkisiz işlemlerin izlenmesi ve engellenmesi,
- Kalite, Hasta Deneyimi,Bilgi Sistemleri bölümleri tarafından risk yönetimi ve kalite geliştirme aktivitelerinin yerine getirilmesi,
- Hasta Hizmetleri ,Mali İşler, Pazarlama bölümleri tarafından hizmetleriniz karşılığında faturalandırma yapılması,
- Hasta Hizmetleri, Mali İşler,Pazarlama bölümleri tarafından merkeziniz ile anlaşmalı olan kurumlarla ilişkimin teyit edilmesi,
- Diyaliz merkezi Yönetimi, Hasta Deneyimi, Hasta Hakları ,Çağrı Merkezi bölümleri tarafından bana verilmiş olan/ verilecek olan sağlık hizmetlerine ilişkin her türlü soru ve şikâyetime cevap verilebilmesi,
 - Diyaliz Merkez Yönetimi, Bilgi Sistemleri bölümleri tarafından merkeziniz sistem ve uygulamalarının veri güvenliği kapsamında tüm gerekli teknik ve idari tedbirlerin alınması,
- Pazarlama, Medya ve İletişim, Çağrı Merkezi bölümleri tarafından kampanyalara katılım ve kampanya bilgisi verilmesi ,Web ve mobil kanallarda özel içeriklerin, somut ve soyut faydaların tasarlanması ve iletilmesi, .Diyaliz Merkezi Yönetimi, Hasta Hakları, Hasta Deneyimi bölümleri tarafından hasta memnuniyetinin ölçülmesi, artırılması ve araştırılması,
- Kurumun işbirliği içerisinde olduğu eğitim kurumları tarafından eğitim ve öğretim faaliyetlerinin yerine getirilebilmesi amacıyla.

Yukarıda belirtilen “Kişisel ve Özel Nitelikli Verilerimin” ÖZEL SULTANGAZİ DİYALİZ MERKEZİ ve dış hizmet sağlayıcıların bünyesinde 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 ÖZEL SULTANGAZİ DİYALİZ MERKEZİ olarak iş birliği içerisinde olduğunuz yurt içinde veya yurt dışında bulunan laboratuvarlar, tıp merkezleri, ambulans ,tıbbi cihaz ve sağlık hizmeti sunan kurumlar ile,



KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ HAKKINDA AÇIK RIZA FORMU



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

DOKÜMAN KODU: HB.FR.21

YAYIN TARİHİ: 01.01.2022

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO/SAYISI: 3 / 6

- 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 denetçilerde dâhil olmak üzere danışmanlık aldığınız üçüncü kişiler ile,
- Düzenleyici ve denetleyici kurumlar ve resmi merciler ile,
- ÖZEL SULTANGAZİ DİYALİZ MERKEZİ'nde Faturalandırmamın işverene yapılacak olması durumunda bu amaçla işverenim ile,
- Şirket olarak hizmetlerinden faydalandığınız veya işbirliği içerisinde olduğunuz tedarikçiler, destek hizmet sağlayıcıları, arşiv hizmeti sağlayıcıları ve iş ortaklarınız (daha detaylı bilgi için kurumumuza yazılı başvurarak bilgi edinebileceğimi biliyorum) ile paylaşılacaktır.

Kişisel Veri Toplamının Yöntemi ve Hukuki Sebebi

Kişisel verilerimin, her türlü sözlü, yazılı, görsel yada elektronik ortamda, yukarıda yer verilen amaçlar ve ÖZEL SULTANGAZİ DİYALİZ MERKEZİ 'in faaliyet konusuna dahil her türlü işin yasal çerçevede yürütülebilmesi ve bu kapsamda ÖZEL SULTANGAZİ DİYALİZ MERKEZİ 'in akdive kanuni yükümlülüklerini tam ve gereği gibi ifa edebilmesi için toplanmakta ve işlenmekte olduğu konusunda bilgilendirildim.

İş bu kişiler verilerimin toplanmasının hukuki sebebi;

- 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu,
- 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu,
- 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname,
- Diyaliz merkezleri Yönetmeliği,
- Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Korunması Yönetmeliği,
- Sağlık Bakanlığı düzenlemeleri ve sair mevzuat hükümleridir.

Ayrıca, Kanun'un 6. maddesi 3. fıkrasında da belirtildiği üzere sağlık ve cinsel hayata ilişkin kişisel veriler ise ancak kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi 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 Korunmasına Yönelik Haklarınız

Kanun ve ilgili mevzuatlar uyarınca;

- Kişisel verilerimin işlenip işlenmediğini öğrenme,
- Kişisel verilerim işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
- Kişisel sağlık verilerime erişim ve bu verileri isteme,
- Kişisel verilerimin işlenme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
- Yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme,
- Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme,
- Kişisel verilerimin silinmesini veya yok edilmesini isteme,
- Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesine ve/veya kişisel verilerimin silinmesini veya yok edilmesine ilişkin işlemlerin kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,



KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ HAKKINDA AÇIK RIZA FORMU



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

DOKÜMAN KODU: HB.FR.21

YAYIN TARİHİ: 01.01.2022

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO/SAYISI: 4 / 6

- İşlenen verilerimin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle kendi aleyhime bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme
- Kişisel verilerimin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramam hâlinde zararın giderilmesini talep etme haklarına sahip olduğum konusunda tarafıma bilgi verildi.

Kanun kapsamındaki taleplerimi, "**Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Uyarınca Başvuru Formu**"nu doldurarak;

- Sultangaziliği, 7. Sokak, Eski Edirne Asf. no:1, 34265 Sultangazi / İstanbul adresine bizzat teslim edebileceğimi,
- Noter kanalıyla gönderebileceğimi,
- sultangazidiyaliz@hotmail.com adresine güvenli elektronik ya da mobil imzalı olarak, kayıtlı elektronik posta adresi veya sisteminizde kayıtlı elektronik e-posta adresim aracılığıyla iletebileceğimi biliyorum.

Özel Sultangazi Diyaliz Merkezi 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 işleme amaçları, aktarıldığı kurum, kuruluş, şirket ve sağlık profesyonelleri, toplanma yöntemleri ve hukuki sebepleri, kişisel verilerimin korunmasına yönelik haklarım, veri güvenliği ve başvuru hakkıma dair bilgilendirildiği mi,

Kişisel ve Özel Nitelikli verilerimin; sözleşmenin ifası, kanunda açıkça öngörülmesi, ÖZEL SULTANGAZİ DİYALİZ MERKEZİ'nin 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.

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:...../...../.....Saat:.....

Hasta Yakını Adı Soyadı:.....İmza:.....Tarih:...../...../.....Saat:.....

Yakınlık Derecesi:.....

Hasta Yakını Adı Soyadı:.....İmza:.....Tarih:...../...../.....Saat:.....

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 alınır)

Temyiz kudretine haiz değil /karar verme yetisi yok (Vasisi ya da yasal temsilcisinden imza alınır)

Bilinci kapalı

TERCÜMAN(Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise)

Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta / hasta yakını tarafından anlaşılacaktır.

Tercüme Yapanın Adı Soyadı:.....İmza:.....Tarih:...../...../.....Saat:.....



KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ HAKKINDA AÇIK RIZA FORMU



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

DOKÜMAN KODU: HB.FR.21

YAYIN TARİHİ: 01.01.2022

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO/SAYISI: 5 / 6



KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ HAKKINDA AÇIK RIZA FORMU



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

DOKÜMAN KODU: HB.FR.25

YAYIN TARİHİ: 01.01.2022

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO/SAYISI: 4 / 4