

	KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ HAKKINDA RIZA FORMU	 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI		
Döküman Kodu: HD.RB.40	Yayın Tarihi: 08.04.2018	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 00	Sayfa No: 1 / 4

Op.Dr.Hülya KOÇ Sağlık Hizmetleri ("Op.Dr.Hülya Koç Kliniği") 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;

KİŞİSEL VERİLERİN TOPLANMASI, İŞLENMESİ VE İŞLEME AMAÇLARI

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 tıbbî 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 kaydı,
- 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 tıbbî 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,
- 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,

Hastanın Adı - Soyadı - İmzası	Hastanın Yasal Temsilcisi Adı -Soyadı ve İmzası	Rızanın Alındığı Tarih / Saat	
		/...../20....	:.....

	KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ HAKKINDA RIZA FORMU	 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI		
Döküman Kodu: HD.RB.40	Yayın Tarihi: 08.04.2018	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 00	Sayfa No: 2 / 4

- 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 hastanemiz ile anlaşmalı olan kurumlarla ilişkimin teyit edilmesi,
- Hastane Yönetimi, Hasta Deneyimi, Hasta Hakları, Çağrı Merkezi bölümleri tarafından bana verilmiş olan/verilecek olan sağlık hizmetlerine ilişkin her türlü soru ve şikâyetime cevap verilebilmesi,
- Hastane Yönetimi, Bilgi Sistemleri bölümleri tarafından hastanemiz 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 iletilebilmesi,
- Hastane Yönetimi, Hasta Hakları, Hasta Deneyimi bölümleri tarafından hasta memnuniyetinin ölçülmesi, artırılması ve araştırılması,
- Kurumun iş birliği içerisinde olduğu eğitim kurumları tarafından eğitim ve öğretim faaliyetlerinin yerine getirilebilmesi amacıyla.

Yukarıda belirtilen “Kişisel ve Özel Nitelikli Verilerimin” Op.Dr.Hülya Koç kliniği ve dış hizmet sağlayıcıların bünyesinde fiziki ve elektronik arşivlerde büyük bir titizlik ve mevzuat hükümlerine riayet edilerek muhafaza edilebileceği konusunda detaylı olarak bilgilendirildim.

KİŞİSEL VERİLERİN AKTARILMASI

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 Op.Dr.Hülya Koç kliniği olarak iş birliği içerisinde olduğunuz yurt içinde veya yurt dışında bulunan 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
- Faturalandırmamım 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 hastanemize yazılı başvurarak bilgi edinebileceğimi biliyorum) ile paylaşılabilir.

Hastanın Adı - Soyadı - İmzası	Hastanın Yasal Temsilcisi Adı -Soyadı ve İmzası	Rızanın Alındığı Tarih / Saat	
		/...../20....	:.....

	KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ HAKKINDA RIZA FORMU	 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI		
Döküman Kodu: HD.RB.40	Yayın Tarihi: 08.04.2018	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 00	Sayfa No: 3 / 4

KİŞİSEL VERİ TOPLAMANIN YÖNTEMİ VE HUKUKİ SEBEBİ

Kişisel verilerimin, her türlü sözlü, yazılı, görsel ya da elektronik ortamda, yukarıda yer verilen amaçlar ve Op.Dr.Hülya Koç'un faaliyet konusuna dahil her türlü işin yasal çerçevede yürütülebilmesi ve bu kapsamda Op.Dr.Hülya Koç'un akdi ve kanuni yükümlülüklerini tam ve gereği gibi ifa edebilmesi için toplanmakta ve işlenmekte olduğu konusunda bilgilendirildim.

İşbu 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,
- Özel Hastaneler 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.

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASINA YÖNELİK HAKLARINIZ

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,
- 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, "www.drhulyakoc.com" web adresindeki "**HD.FR.09 KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU**" nu doldurarak;

- Tacettin Veli Mahallesi Tacettin Veli Bulvarı Üzüm Plaza 2.Kat Melikgazi/KAYSERİ adresine bizzat teslim edebileceğimi,
- Noter kanalıyla gönderebileceğimi biliyorum.

Op.Dr.Hülya KOÇ Sağlık Hizmetleri ("Op.Dr.Hülya KOÇ KLİNİĞİ") 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,

Hastanın Adı - Soyadı - İmzası	Hastanın Yasal Temsilcisi Adı -Soyadı ve İmzası	Rızanın Alındığı Tarih / Saat	
		/...../20....	:.....

	KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ HAKKINDA RIZA FORMU	 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI		
Döküman Kodu: HD.RB.40	Yayın Tarihi: 08.04.2018	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 00	Sayfa No: 4 / 4

kişisel verilerimin korunmasına yönelik haklarım, veri güvenliği ve başvuru hakkıma dair bilgilendirildiğimi,

Kişisel ve Özel Nitelikli verilerimin; sözleşmenin ifası, kanunda açıkça öngörülmesi, Op.Dr.Hülya Koç'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 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

Lütfen kendi el yazınızla " OKUDUKLARIMI ANLADIM, ONAY VERİYORUM " yazınız

TERCÜMAN (Hastanın Dil /İletişim Problemi var ise)

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

Tercüme Yapanın Adı Soyadı:.....

İmza:

Tarih:/...../20..... Saat:.....

Hastanın Adı - Soyadı - İmzası	Hastanın Yasal Temsilcisi Adı -Soyadı ve İmzası	Rızanın Alındığı Tarih / Saat
		/...../20.... :.....