

HASTA AÇIK RIZA FORMU

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("KVKK") uyarınca, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanı Dr. Elif Esen Özdemir tarafından işletilen muayenehanede sunulan sağlık hizmetleri kapsamında, aşağıda belirtilen kişisel verilerimin, belirtilen amaçlarla işlenmesine özgür irademle açık rıza verdiğimi beyan ederim.

1. İşlenecek Kişisel Veriler

Kimliğime, iletişim bilgilerime, sağlık durumuma, muayene, teşhis, tedavi, bakım süreçlerime ve bu hizmetlerin finansmanı kapsamında işlenen tüm kişisel ve özel nitelikli kişisel verilerim.

2. Kişisel Verilerin İşlenme Amaçları

Kişisel verilerim; sağlık hizmetlerinin yürütülmesi, teşhis ve tedavi süreçlerinin planlanması, randevu ve hasta yönetimi süreçlerinin yürütülmesi, yasal yükümlülüklerin yerine getirilmesi ve hizmet kalitesinin artırılması amaçlarıyla işlenebilecektir.

3. Kişisel Verilerin Aktarılması

Kişisel verilerim; mevzuatın izin verdiği hallerde ve yalnızca gerekli olduğu ölçüde, yetkili kamu kurum ve kuruluşları ile sağlık hizmetlerinin sunumu kapsamında iş birliği yapılan kişi ve kuruluşlara aktarılabilir.

4. Açık Rızanın Kapsamı ve Geri Alınması

Bu açık rızanın, KVKK kapsamında tarafıma tanınan diğer haklarımı ortadan kaldırmadığını ve dilediğim zaman veri sorumlusuna yazılı başvuru yoluyla açık rızamı geri alabileceğimi biliyorum.

İşbu Açık Rıza Formu'nu okuyup anladığımı, tarafıma gerekli aydınlatmanın yapıldığını ve

hiçbir baskı altında kalmaksızın imzaladığımı kabul ve beyan ederim.

Hasta Adı Soyadı :

T.C. Kimlik No :

Tarih : / /

İmza :

Veri Sorumlusu

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanı

Dr. Elif Esen Özdemir