**OP. DR. DENİZ DİLEK**

**KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ HAKKINDA AÇIK RIZA FORMU**

Op. Dr. Deniz Dilek olarak, Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma ve Bilgilendirme metninde detaylı olarak yer alan kişisel verilerinizin, sözleşmenin ifası, kanunda açıkça öngörülmesi, fiili imkânsızlık nedeniyle açık rızanızın alınamaması, 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;

1. **KİŞİSEL VERİLERİN TOPLANMASI, İŞLENMESİ VE İŞLENME AMAÇLARI**

Kişisel verilerimin KVKK madde 4 uyarınca hukuka ve dürüstlük kurallarına uygun, doğru ve gerektiğinde güncel olacak şekilde, belirli, açık ve meşru amaçlar için internet, mobil uygulamalar, fiziksel mekânlar ve benzeri kanallardan sözlü, yazılı, görsel, ya da elektronik yollarla işlemekte olduğu ve işlendikleri amaçla bağlantılı, sınırlı ve ölçülü olarak kullanılmakta ve ilgili mevzuatta öngörülen veya işlendikleri amaç için gerekli olan süre kadar muhafaza edildiği konusunda Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma Ve Bilgilendirme Metni’ni 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, T.C. kimlik numaram, pasaport numaram veya geçici TC kimlik numaram, doğum yeri ve tarihim, medeni halim, cinsiyetim, sigorta veya hasta protokol numaram;
* Adresim, telefon numaram, elektronik posta adresim, Web sitenizin kullanımı sırasında elde edilen gezinme bilgilerim, IP adresim, tarayıcı bilgilerim ve kendi rızam ile ilettiğim tıbbi belgeler, anketler, form bilgilerim ve konum verilerim ile sair iletişim verilerim,
* Kendi rızam ile ilettiğim laboratuar 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,
* Banka hesap numaram, IBAN numaram, kredi kartı bilgilerim, faturalama bilgilerim gibi finansal verilerim; sağlık hizmetlerinin finansmanı ve planlaması amacıyla özel sağlık sigortasına ilişkin verilerim ve Sosyal Güvenlik Kurumu verilerim; klinik veya anlaşmalı hastaneleri ziyaret etmem halinde güvenlik ve denetim amaçlı tutulmakta olan kamera kayıtları görüntülerim,
* Laboratuar ve test sonuçlarım, muayene verilerim, randevu, check-up, reçete, teşhis ve tedavi bilgilerim ile varsa yapılan cerrahi müdahale ve gözlem altındaki tıbbi işlemlere ilişkin verilerim de dahil ancak bunlarla sınırlı olmaksızın tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi sırasında veya bunların bir sonucu olarak elde edilen her türlü sağlık ve cinsel hayata ilişkin kişisel verilerim, cerrahi müdahalede bulunulan vücut bölgeme ilişkin ameliyat öncesi ve sonrasında çekilen fotoğraflar ile ilgili her türlü kişisel verilerim.

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

* Kimliğimi teyit etme, kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi,
* Muayenehaneniz ve anlaşmalı hastane ve tıp merkezlerinin iç işleyişi ile günlük operasyonların planlanması ve yönetilmesi, sağlık durumumun takip edilebilmesi, iyileşme sürecimin takibi, gerçekleştirilen operasyonun başarısının değerlendirilmesi ve sağlık hizmetlerinin daha etkin ve hızlı şekilde yürütülmesi, sunduğunuz sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi amacıyla sağlık hizmetleri kullanımımın analiz edilmesi ve sağlık verilerimin saklanması, ilaç temini, randevu almam halinde randevu hakkında beni bilgilendirebilmeniz,
* Risk yönetimi ve kalite geliştirme faaliyetlerinin yerine getirilmesi, sağlık hizmetlerinin geliştirmesi amacıyla değerlendirmelerde bulunma, araştırma yapılması, yasal ve düzenleyici gereksinimlerin yerine getirilmesi, sağlık hizmetleriniz karşılığında faturalandırma yapılması,
* İlgili mevzuat uyarınca Sağlık Bakanlığı ve ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile talep edilen bilgilerin paylaşılması, sağlık hizmetlerinize ilişkin her türlü soruma ve şikâyetlerime cevap verilmesi, muayenehanenizce sistem ve uygulamalarının veri güvenliği kapsamında tüm gerekli teknik ve idari tedbirlerin alınması, düzenleyici ve denetleyici kurumlarla, resmi mercilerin talep ve denetimleri doğrultusunda gerekli bilgilerin temin edilmesi, çalışanlarınızın eğitimi ve geliştirilmesi, suistimal ve yetkisiz işlemlerin izlenmesi, engellenmesi ve işlemlerin geri alınması,
* İlgili mevzuat gereği saklanması gereken sağlık verilerime ilişkin bilgilerin muhafaza edilmesi, anlaşmalı olduğunuz kurumlarla bana sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin finansal mutabakat sağlanması, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve bunlarla sınırlı olmaksızın, tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, geliştirilmesi sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi, hasta memnuniyetinin arttırılması, araştırma ve benzeri amaçlarla;

Belirtilen kişisel ve özel nitelikteki verilerimin Op. Dr. Deniz Dilek tarafından fiziki ve elektronik arşivlerde özenle ve kanuni sınırlamalara tam bir uyum sağlanarak muhafaza edileceği hususunda detaylı olarak bilgilendirildim.

1. **KİŞİSEL VERİLERİN AKTARILMASI VE AKTARILACAK KİŞİ VEYA KURUMLAR**

Hizmet alanlarınıza ait kişisel verilerimin, Op. Dr. Deniz Dilek tarafından sunulan hizmetlerden ilgili kişileri faydalandırmak için gerekli çalışmaların anlaşmalı kurum ve kişiler tarafından yapılması ve ilgili iş süreçlerinin yürütülmesi, Op. Dr. Deniz Dilek’in ticari yahut bilimsel stratejilerinin planlanması ve icrası, Op. Dr. Deniz Dilek ile iş ilişkisi içerisinde olan kişilerin hukuki, teknik ve ticari güvenliğinin temini amacıyla ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Korunması Yönetmeliği, Sağlık Bakanlığı düzenlemeleri ve sair mevzuat hükümleri çerçevesinde; özel sigorta şirketleri, Sağlık Bakanlığı ve bağlı alt birimleri, Sosyal Güvenlik Kurumu, Emniyet Genel Müdürlüğü ve sair kolluk kuvvetleri, Nüfus Genel Müdürlüğü, Türkiye Eczacılar Birliği, Mahkemeler ve her türlü yargı makamı, merkezi ve sair üçüncü kişiler, yetki vermiş olduğum temsilcilerim, avukatlar, vergi ve finans danışmanları ve denetçiler de dâhil olmak üzere danışmanlık aldığınız üçüncü kişiler, düzenleyici ve denetleyici kurumlar, resmi merciler dâhil sağlık hizmetlerini yukarıda belirtilen amaçlarla geliştirmek veya yürütmek üzere işbirliği yaptığınız iş ortaklarınız ve diğer üçüncü kişiler ile Kanun’un 8. ve 9. maddelerinde belirtilen kişisel veri aktarım şartları ve amaçları çerçevesinde yurt içindeki üçüncü kişilere aktarabileceğiniz gibi yurt dışına da aktarabileceğiniz. Bununla birlikte açık rızamın bulunması durumunda, Op. Dr. Deniz Dilek’in ticari faaliyetinin gereği ve diğer hastaların bilgilendirilmesi amaçları ile gerçekleştirilen operasyonlar öncesi ve sonrasında cerrahi müdahalenin yapıldığı vücut bölgeme ilişkin tarafınızca çekilen fotoğrafların internet siteniz ([www.drdenizdilek.com](http://www.drdenizdilek.com)) ve İnstagram sosyal medya hesabınız (@opdrdenizdilek ve @drdenizdilek) üzerinden ilgili site ve sosyal medya kullanıcılarına, ziyaretçilerine ve üyelerine aktarılabileceği hususunda detaylı ve açık bir şekilde bilgilendirildim.

1. **KİŞİSEL VERİLERİN TOPLANMASI VE İŞLENMESİNİN YÖNTEMİ İLE HUKUKİ SEBEPLERİ**

Kişisel verilerimin, her türlü sözlü, yazılı, görsel ya da elektronik ortamda, yukarıda anılan amaçlar, sağlık hizmetlerinin belirlenen yasal çerçevede verilebilmesi ve bu kapsamda Op. Dr. Deniz Dilek’in akdi ve kanuni yükümlülüklerini tam ve gereği gibi ifa edebilmesi için toplanmakta ve işlenmekte olduğu hususunu Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma Ve Bilgilendirme Metni’ni okuyarak anladım. İşbu kişisel 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,
* Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Korunması Yönetmeliği,
* Sağlık Bakanlığı düzenlemeleri ve sair mevzuat hükümleridir.

Ayrıca, KVKK’un 6. maddesi 3. fıkrasında da belirtildiği üzere sağlık ve cinsel hayata ilişkin kişisel verilerimin ise ancak kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbı 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.

1. **KİŞİSEL VERİ SAHİPLERİNİN HAKLARI VE BAŞVURU HAKLARININ KULLANILMASI**
* **KVKK ve ilgili mevzuat uyarınca:**
* Kişisel verilerimin işlenip işlenmediğini öğrenme,
* Kişisel verilerim işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
* 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 düzeltilmesi, silinmesi 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 detaylıca bilgi verildi.
* **ilgili kişinin hak arama yöntemleri:**

KVKK ve ilgili mevzuatta öngörülen haklarıma ilişkin taleplerimi kimliğimi tespit edecek bilgi ve belgelerle ve ([www.drdenizdilek.com](http://www.drdenizdilek.com)) adresinde bulunan başvuru formunu açık ve tam bir şekilde doldurarak, ıslak imzalı bir nüshasının bizzat elden veya noter aracılığı ile Fener Mah. Tekelioğlu Cd. Astur Ceylan Sitesi F-Blok No:86/A D:5 Muratpaşa/Antalya adresine ileterek veya Kişisel Verileri Koruma Kurulu’nun belirlediği diğer yöntemlerle Başvuru Formu’nu doldurup imzalayarak ücretsiz olarak iletebileceğimi biliyorum.

Op. Dr. Deniz Dilek tarafından hazırlanan **KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ HAKKINDA AYDINLATMA VE BİLGİLENDİRME** metnini okuduğumu ve anladığımı, Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma ve 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, Op. Dr. Deniz Dilek’in 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 **KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ HAKKINDA AYDINLATMA VE BİLGİLENDİRME** 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, kabul ediyorum” yazınız:………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Hasta Adı Soyadı………………………………………………… İmza:…………Tarih: ……./……./………Saat:…..**

**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

**‘Operasyon öncesinde ve sonrasında cerrahi müdahalede bulunulan vücut bölgenize ait çekilen fotoğrafların** [www.drdenizdilek.com](http://www.drdenizdilek.com) **internet sitesi ile @opdrdenizdilek ve @drdenizdilek İnstagram hesaplarında paylaşılmasına rıza gösteriyorsanız ‘’Operasyon öncesinde ve sonrasında cerrahi müdahalede bulunulan vücut bölgeme ait çekilen fotoğrafların internet sitenizde ve İnstagram sosyal medya hesaplarınızda paylaşılmasına açık rıza gösteriyorum’’ yazınız…………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………..…………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**TERCÜMAN (Hastanın Dil /İletişim Problemi var ise)**

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

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