

DR. CINIK TIP MERKEZİ	KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI HAKKINDA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	
DOKÜMAN KODU : HHD.RB.96	YAYIN TARİHİ : 01.01.2023	REVİZYON NO : 01
	REVİZYON TARİHİ : -	SAYFA NO / SAYISI : 1 / 2

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) ve 29863 Sayılı Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik kapsamında Özel DR. CINIK Tıp Merkezi “Veri Sorumlusu” sıfatına sahiptir.

“Veri Sorumlusu” sıfatına sahip yukarıda adı geçen kişilerce, kişisel verileriniz aşağıda açıklandığı şekilde, kaydedilecek, saklanacak, güncellenecek; mevzuatın ya da anlaşmaların izin verdiği ve/veya zorunlu kıldığı durumlarda üçüncü kişilere (hizmet alanın yakınları ve/veya hizmet alanın çalışanı/ sigortalısı olduğu kamu ve/veya özel hukuk tüzel kişileri, diğer kamu ve/veya özel hukuk tüzel kişileri, şirketlerimizin tabi olduğu mevzuatta belirtilen amaçlara konu faaliyetlerini yürütmek üzere hizmet aldığı veya işbirliği yaptığı üçüncü kişilere) açıklanabilecek, aktarılabilir, sınıflandırılabilir, KVKK ve 29863 sayılı Yönetmelik’te sayılan şekillerde işlenebilecektir.

• **Kişisel Verilerin işleme amacı ve hukuki sebepleri:**

- Hizmet alana sunulabilecek muayene, teşhis, tedavi, tedavi sonrası hasta takibi ve tanıtım hizmetlerinde kullanmak,
- Elektronik (internet / mobil, kamera vs.) veya kâğıt ortamında sağlanan hizmetlere dayanak olacak tüm kayıt ve belgeleri düzenlemek,
- Mevzuat gereği T.C. Sağlık Bakanlığı ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarına aktarmak,
- Kamu ve özel hukuk kişileriyle yapılmış olan anlaşmalarda öngörülen yükümlülüklerle uymak,
- Talep edilen diğer hizmetleri sunabilmek,
- Hizmet alan ile oluşan hukuki ilişkinin gereğini yerine getirmektir.

Web sitemiz, web sitemizde yer alan online işlemler ile ilgili hizmetimiz, hasta kayıt/danışma bankalarına yapmış olduğunuz fiziki başvurular vb. gibi yöntemlerle bilgileriniz sözlü, yazılı veya elektronik ortamda toplanabilir.

• **Tıp Merkezimize başvurarak, kişisel verilerinizin:**

- İşlenip işlenmediğini öğrenme, işlenmişse bilgi talep etme,
- İşlenme amacını ve amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
- Yurt içinde / yurt dışında aktarıldığı 3. kişileri bilme, eksik / yanlış işlenmişse düzeltilmesini isteme,
- KVKK’ nın 7. ve 29863 Sayılı Yönetmeliği 9. maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde silinmesini / yok edilmesini isteme,
- Aktarıldığı 3.(üçüncü) kişilere yukarıda sayılan işlemlerin bildirilmesini isteme,
- Münhasıran otomatik sistemler ile analiz edilmesi nedeniyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme ve kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız halinde zararın giderilmesini talep etme haklarına sahipsiniz.

“**Kişisel Verilerin Korunması Hakkında Aydınlatılmış Onam Formu**” nda yer alan bilgi ve açıklamaların Veri Sorumlusu’ nca tarafıma doğru ve anlaşılır biçimde; anlatılan bilgileri, açıklamaları 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) ve 29863 Sayılı Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik’ te tarafıma tanınan hakları;

Anladığımı		Anlamadığımı	
------------	--	--------------	--

beyan ederim.

Bana / Velisi / Vasisi bulunduğum.....’ na ait kişisel verilerin, KVKK, Yönetmelik, “**Kişisel Verilerin Korunması Hakkında Bilgilendirme ve Rıza Belgesini**” ve ilgili diğer yasal mevzuat çerçevesinde, kaydedilmesine, saklanmasına, güncellenmesine ve KVKK ve ilgili yönetmeliklerde sayılan şekillerde işlenmesine; bu şekilde işlenen kişisel verilerin; ilgili mevzuat hükümleri ve ilgili kamu kurum ve kuruluşlarınca öngörülen bilgi saklama, raporlama, bilgilendirme yükümlülüklerinin yerine getirilmesi, tarafımda talep edilebilecek olan

DR. CİNİK TIP MERKEZİ	KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI HAKKINDA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	
DOKÜMAN KODU : HHD.RB.96	YAYIN TARİHİ : 01.01.2023	REVİZYON NO : 01
	REVİZYON TARİHİ : -	SAYFA NO / SAYISI : 1 / 2

diğer hizmetlerin sunulabilmesi amacıyla daha iyi ve kaliteli hizmet sunulabilmesi, uygulamada birliği sağlamak amacıyla, tıp merkezi ve mevzuatta belirtilen amaçlara konu faaliyetleri yürütmek üzere kurumunuzun hizmet aldığı, işbirliği yaptığı kurum ve kuruluşlara aktarılmasına, ben aksini bildirmediğim tıp merkezimiz tarafından her türlü pazarlama faaliyetleri, tanıtımlar, bilgilendirmeler, anketler, açılış, davet, etkinlik ve iletişim çalışmaları uygulamalarında kullanılmasına, saklanmasına ve bu uygulamalar ile ilgili olarak tarafıma ve / veya adına işlem gerçekleştirdiğim temsilcisi bulunduğum kişilere kurumumuz tarafından SMS, e-posta, posta, telefon ve her türlü iletişim yolu ile ulaştırılmasına hiçbir baskı altında kalmaksızın açıkça beyan ederim.

☐ Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım, haber yayın veya herhangi bir sebeple size ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda şahsınıza ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımına 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında, kişisel verilerimin ve iletişim bilgilerimin tıp merkezi tarafından yasadaki esaslar çerçevesinde toplanmasına, kaydedilmesine, işlenmesine, saklanmasına ve ticari amaçla paylaşılmasına peşinen izin verdiğimi kabul, beyan ve taahhüt ederim.

☐ Ameliyat ve yapılan işlemlere yönelik yakınlarınızın etkin ve zamanında bilgi alabilmelerini sağlamak amacıyla tıp merkezimizde görsel araçlar (tv, monitör gibi) bulunmaktadır. Yakınlarınız görsel araçlardan yararlanarak; durumunuz hakkında bilgilendirilmektedir. Ayrıca poliklinik ve muayene sıranızı belirlemek için de tıp merkezimizde görsel araçlar (tv, monitör gibi) bulunmaktadır. Bu doküman ile bilgilendirmeniz yapılmış, tüm bu uygulamalara onay vermiş ve rıza göstermiş olacaksınız. Eğer bu uygulamalarda isim-soy isim vb. bir mahremiyet istiyorsanız lütfen Hasta Hakları Sorumlusu ile iletişime geçiniz.

..... (işlemleri kabul ettiğine dair "Okudum-Anladım" ibaresinin kendi el yazısı ile onay)

Onay Verdiğimi		Onay Vermediğimi	
-----------------------	--	-------------------------	--

Araştırma ve deneysel çalışmalarda süreç bazlı katılım durumunda hastanın rızası yapılacak araştırma ve deneysel çalışmaya göre açıklanarak "ARAŞTIRMA VE DENEYSEL ÇALIŞMALARA KATILIM BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU" ile yeniden rıza onayı alınacaktır.

♦ **Kişisel Verilerimin Aktarılmasına Onay Verdiğim Yakınlarım:**

♦ **Kişisel Verilerimin Aktarılmasına Onay Verdiğim Diğer Özel Hukuk Kişileri:** (Anlaşmalı Kurum hastaları tarafından doldurulması gerekmektedir.)

Hastanın

Adı Soyadı:

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

İmzası:

Hasta Velisi / Vasisi' nin

Adı Soyadı:

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

İmzası: