

KİŞİSEL VERİLER AYDINLATMA VE ONAM METNİ

Prof. Dr. M. Sühan Ayhan olarak tarafınıza sunacağım hizmetlerin yürütülebilmesi için kişisel bilgilerinizi ve sağlık verilerinizi öğrenmemiz ve sunulacak hizmetin gerektirdiği sınırlar içinde kalmak kaydıyla kaydetmemiz ve saklamamız gerekebilmektedir.

Tarafınıza sağlık hizmeti sunabilmek için kaydetmek durumunda olduğumuz sağlık verileriniz, Kanunen özel nitelikli kişisel veri olarak kabul edilmektedir. Bu kapsamda 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 6. Maddesinin 2. Fıkrasında yer alan '**Özel nitelikli kişisel verilerin, ilgilinin açık rızası olmaksızın işlenmesi yasaktır.**' hükmü uyarınca kişisel sağlık verileri, kanunda belirtilen özel koşullar dışında ancak kişinin açık yazılı rızası ile kaydedilebildiğinden, tarafınızdan bu onamın alınması zorunluluğu doğmuştur.

I. BİLGİLENDİRME METNİ

- 1)** Bu onam, muayenemizde sözlü, yazılı, görsel, ya da elektronik olarak tarafımıza verdiğiniz kişisel verileriniz ile internet ve mobil uygulamalar ile ya da elektronik olarak tarafımıza ilettiğiniz ya da muayenehanemizde elde edilen (tahlil sonucu, reçete, fotoğraf vb.) kişisel verilerinizi kapsamaktadır.
- 2)** Bu anlamda tarafınıza sunacağımız hizmetlerin yürütülmesi için gerekli olan ve bu amaçla elde edilen kişisel sağlık verileri başta olmak üzere, adınız, soyadınız, TC kimlik numaranız, (Türk vatandaşı değilseniz pasaport numaranız veya geçici TC kimlik numaranız) doğum yeri ve tarihiniz, medeni haliniz, cinsiyet bilginiz gibi kimlik verileri ile çeşitli kimlik belgeleriniz, adresiniz, telefon numaranız, elektronik posta adresiniz gibi iletişim verileriniz, Banka hesap numaranız, IBAN numaranız gibi finansal verileriniz, klinik dosyanızdaki tıbbi öykünüz, hastalık geçmişinizi gösterir bilgiler, muayene verileriniz, tarafınıza uygulanan işlemlere ilişkin veriler, reçete bilgileriniz, fotoğraflarınız, her türlü görüntünüz, ses/kamera kaydınız, laboratuvar ve görüntüleme sonuçlarınız, test sonuçlarınız gibi tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi sırasında elde edilen sağlık ve cinsel hayata ilişkin verileriniz, özel sağlık sigortasına ilişkin verileriniz ile Sosyal Güvenlik Kurumu verileriniz vb. kişisel veri sayılmaktadır.
- 3)** Bu kişisel verileriniz 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat çerçevesinde sadece tarafınıza sunulacak sağlık hizmetinin gerektirdiği ölçüde kaydedilecek ve '**...kaydedilme amaçlarını gerçekleştirmek için gerekli olan süreyi aşmayacak şekilde**' sistemimizde/arşivimizde saklanacaktır. Bu kapsamda işlenen verileriniz mesleki sır olarak korunup, gizliliği sağlanacak ve üçüncü kişilerce/kurumlarca/kuruluşlarca paylaşılmayacaktır.

- 4) Ancak kişisel verilerinizin 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 58. maddesinde düzenlenen bulaşıcı hastalıkları yetkili makamlara bildirme yükümlülüğü örneğinde olduğu gibi toplum sağlığının korunması için kişisel tıbbi kayıtların mahremiyetinin sınırlanması gereken durumlarda ya da suçu bildirim yükümlülüğü gibi Kanuni zorunluluk hallerinde, sadece amaçla sınırlı olarak ve ölçülü biçimde yetkili makamlara bildirimde bulunulması gerekebileceğini önemle hatırlatırız.
- 5) Kamu kurumlarından, adli mercilerden ve diğer resmi makamlardan gelen tarafınıza ait verilerin kendilerine iletilmesi yönündeki talepler, talebin amacı, talep edilen veriler ile ulaşılmak istenen amacın örtüşüp örtüşmediği, somut biçimde ortaya konup konamadığı, belirtilen amaca ulaşmanın tek yolunun tarafınıza ait verilerin anonimleştirilmeden iletilme gerekliliği, veri iletiminin demokratik bir toplumda gerekli olup olmadığı unsurları yönünden değerlendirilecek, bu unsurların tamamını sağlamayan veri iletilme talepleri yerine getirilmeyecektir.
- 6) Tarafımızca kaydedilen verilerinize ilişkin, başta Kişisel Verilerin Otomatik İşleme Tabi Tutulması Karşısında Bireylerin Korunması Sözleşmesi (108 Sayılı Avrupa Konseyi Sözleşmesi), Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin 8. Maddesi, Anayasa'nın 20. Maddesi, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu uyarınca:
- Kişisel verilerinizin işlenip işlenmediğini, işlenen verilerinizin kapsamını öğrenme,
 - Kişisel verileriniz işlenmişse buna ilişkin bilgi alma, bu verilere erişme ve bunlardan örnek alma,
 - Kişisel verilerinizin işleme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını, Yurt içinde veya yurt dışında 3. bir kişiye ya da kuruma aktarılıp aktarılmadığını öğrenme, kişisel verilerinizde meydana gelen değişikliklerin verilerin paylaşıldığı kişi ya da kurumlara bildirilmesini isteme,
 - Kişisel verilerinizin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme, *(Bu hakkın Yaşam Caddesi No:7, Akplaza, Kat:12 No:39, Söğütözü / ANKARA açık adresli muayenehane adresimize bizzat ya da yazılı şekilde başvurmak suretiyle kullanılabileceği konusunda bilgi verildi.)*
 - Bazı verilerinizin gizlenmesini, silinmesini ya da yok edilmesini isteme haklarınız bulunmaktadır.

II. ONAM BEYANI

Prof. Dr. M. Sühan Ayhan tarafından hazırlanan **Kişisel Veriler Aydınlatma ve Onam Metnini** okuduğumu ve anladığımı, ayrıca konuya ilişkin tarafıma sözlü bilgi verildiğini,

Kişisel Veriler Aydınlatma ve Onam metninde detaylı olarak yer alan kişisel verilerimin işleme amaçları, toplanma yöntemleri ve hukuki sebepleri, kişisel verilerimin korunmasına yönelik haklarım, verilerimin aktarılabilceği zorunlu haller, veri güvenliği ve başvuru haklarıma dair bilgilendirildiğimi,

Sağlık verilerim de dahil olmak üzere tüm kişisel verilerimin yukarıdaki esaslar çerçevesinde **Prof. Dr. M. Sühan Ayhan** ve çalışanları tarafından kaydedilmesini, saklanmasını, sayılan zorunlu hallerde paylaşılmasını,

Ayrıca **Prof. Dr. M. Sühan Ayhan**'ın tarafıma mobil araçlarla, internet üzerinden ya da adresime posta yoluyla vb. ulaşabilmesini **AÇIK RIZAM İLE KABUL EDERİM.**

**Hasta Hakları Yönetmeliği gereği; formun 1 (bir) sureti size verilecektir. Form tarafınıza verilmediğinde lütfen onamı alan kişiye bildiriniz.*

Hasta Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:/...../.....

Saat:

Hastanın 18 yaşından küçük olması ya da bilincinin kapalı olması halinde:

Hasta Yakını Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:/...../.....

Saat:

Yakınlık Derecesi:

Kendi el yazınız ile "Okudum, anladım" yazınız:

VARSA TERCÜMAN (Hastanın Dil /İletişim Problemi var ise)

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

Tercüme Yapanın Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:/...../.....

Saat: