

KİŞİSEL VERİLERİ KORUMA ONAM FORMU

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

Kişisel Veriler Aydınlatma metninde detaylı olarak yer alan kişisel verilerimin işleme amaçları, toplanma yöntemleri ve hukuki sebepleri, kişisel verilerimin korunmasına yönelik haklarım, verilerimin aktarılabileceği 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 anlaşılacaktır.

Tercüme Yapanın Adı Soyadı:

İmza:

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

Saat: