

ÖZEL VİTALE KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HASTANESİ KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ HAKKINDA AÇIK RIZA FORMU

Özel Vitale Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi (A.Ç.S. ÖZEL SAĞLIK HİZMETLERİ İNŞAAT TURİZM SAN. VE TİC. A.Ş.) (“**Vitale Hastanesi**”) tarafından, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (“Kanun”) ve ilgili mevzuat kapsamında, veri sorumlusu sıfatıyla aşağıda açıklanan çerçevede ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu, 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Özel Hastaneler Yönetmeliği, Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Korunması Yönetmeliği ve Sağlık Bakanlığı düzenlemeleri ve sair mevzuata uygun olarak kişisel verilerinizin tutulması ve işlenmesi için açık rızanızı talep ediyoruz.

Bana yüksek standartlarda hizmet sunabilmek amacı ile kişisel verilerimi, verilen hizmetin niteliğine bağlı olarak çağrı merkezi, internet, mobil uygulamalar, fiziksel mekânlar ve benzeri kanallardan sözlü, yazılı, görsel ya da elektronik olarak elde ettiğiniz konusunda, kişisel verilerimin toplanmasının hukuki sebebi ve amacı konusunda, kişisel verilere ilişkin haklarım konusunda, kişisel verilerimin hangi kurumlara hangi amaçlarla aktarıldığı konusunda, hangi durumlarda açık rızama ihtiyaç duyulmadan kişisel verilerimin işlenebileceği konusunda Özel Vitale Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi tarafından hazırlanan **Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma Metnini** okuyarak bilgilendirildim.

Bu metin, aydınlatma metninde belirtilen kişisel verilerimin işlenmesinin hukuki sebebinin açık rızamın oluşturduğu verilerime ilişkin açık rızamı içermektedir.

- İhtiyaç duyulması halinde tıbbi teşhis ve tedavi için iş birliği içerisinde olduğumuz yurt içinde bulunan laboratuvarlara, tıbbi cihaz ve sağlık hizmeti sunan kurumlara Kişisel ve Özel Nitelikli Verilerimin paylaşılması,
- Tedavi sürecinde, Kişisel ve Özel Nitelikli Verilerimin kurum içerisinde doktor görüşlerinin alınabilmesi ve tedavi hizmetinin diğer doktor ve sağlık görevlilerinin devam ettirebilmesi,
- Tedavi tamamlandıktan sonra, hizmetlerinizi değerlendirmek amacıyla; adım-soyadım, yaşım, mail adresim, adresim, telefon numaram, sigorta ve hasta protokol numaram verilerimin ve değerlendirmeye ilişkin paylaşmış olduğum yanıt ve yorumlarımın,
- Tedavi tamamlandıktan sonra, yasal yükümlülüklerin yerine getirebilmesi amacıyla ilgili kurumlara Anemnez raporum, Epikriz raporum, Laboratuvar sonuçlarım, Radyoloji sonuçlarım, İlaç kullanım bilgilerim, Kan bilgilerim, Sağlık bilgi raporlarım, YUPAS numaram, Sağlık işlem kodlarım, Biyometrik ve genetik verilerim, Hekim analiz ve yorumlarım, reçete bilgilerim gibi tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi sırasında elde edilen her türlü sağlık ve cinsel hayata ilişkin verilerimin,
- Hastanenizi ziyaretim sırasında denetim amaçlı alınan kapalı devre kamera sistemi görüntü ve ses kaydımın,
- Refakat durumunda refakatçi bilgilerimin,
- Çağrı Merkeziniz ile iletişime geçtiğim takdirde tutulan sesli görüşme kayıtlarımın,

Yukarıda belirtilen “Kişisel ve Özel Nitelikli Verilerimin” Vitale Hastanesi ve dış hizmet sağlayıcıları bünyesinde fiziki ve elektronik arşivlerde büyük bir titizlik ve mevzuat hükümlerine riayet edilerek muhafaza edilebileceği ve paylaşılabilirliği konusunda detaylıca bilgilendirildim. Sayılan çerçevede ve amaç kapsamında yukarıda sayılan verilerimin işlenmesine muvafakat ediyorum.

Kişisel verilerimin teknik ve idari imkânlar dâhilinde titizlikle korunmakta ve gerekli güvenlik tedbirleri, teknolojik imkânlar da göz önünde bulundurularak olası risklere uygun bir düzeyde sağlanmakta olduğu hususunda bilgilendirildim.

Kişisel ve Özel Nitelikli verilerimin; sözleşmenin ifası, kanunda açıkça öngörülmesi, Özel Vitale Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nin hukuki yükümlülüğünü yerine getirebilmesi için zorunlu olması, sağlık ve cinsel hayata ilişkin kişisel verilerimin ise ancak 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 **Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma Metninde** belirtilen hususlara uygun olarak muhafaza edilmesi, işlenmesi ve aktarılmasını,

AÇIK RIZAM ile KABUL EDİYORUM.

KABUL ETMİYORUM

AÇIK RIZA GÖSTERMEDİĞİM DURUMLAR (KISMİ KABUL)

.....
.....
.....
.....
.....

**Hasta Hakları Yönetmeliği gereği; formun 1 sureti size verilecektir. Form tarafınıza verilmediğinde bildiriniz.*

AÇIK RIZA

RET

Kendi el yazınız ile "Okuduğumu anladım" yazınız:.....

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

Hasta Yakını Adı Soyadı:..... İmza:..... Tarih:...../...../..... Saat:.....

Yakınlık Derecesi:

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*)
- Bilincinin kapalı olması.

TERCÜMAN (Hastanın Dil /İletişim Problemi var ise)

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

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