

AÇIK RIZA FORMU

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun (KVKK) 10. maddesi ile Aydınlatma Yükümlülüğünün Yerine Getirilmesinde Uyulacak Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ kapsamında, Uzm. Dr. Ali Sahillioğlu - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanı KVKK Hasta Aydınlatma Metni'ni okuduğumu, anladığımı ve ilgili süreçler hakkında bilgilendirildiğimi beyan ederim.

Sunulan sağlık hizmetleri kapsamında elde edilen kişisel verilerimin; muayene, teşhis, tedavi süreçlerinin yürütülmesi ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği amacıyla kullanılacağını biliyorum. Kişisel verilerimin, yasal düzenlemelere uygun olarak Uzm. Dr. Ali Sahillioğlu'nun kliniği tarafından işlenip saklanacağını kabul ederim. Ayrıca, bu verilerin gerektiğinde T.C. Sağlık Bakanlığı ve diğer yetkili kurumlara sunulmak üzere kayıt altına alınacağını da kabul ediyorum.

Sunulan sağlık hizmetleri ve ilgili bilgilendirmeler kapsamında, telefon, çağrı merkezleri, faks, otomatik arama makineleri, akıllı ses kaydedici sistemler, elektronik posta, kısa mesaj (SMS) ve diğer iletişim araçları aracılığıyla bana ulaşılabileceğini biliyor ve onaylıyorum.

Bu iletişim kanalları kullanılarak;

- Randevu hatırlatmaları,
- Tedavi süreci bilgilendirmeleri,
- Klinik duyuruları,
- Tanıtım, kampanya ve hizmetlere yönelik bilgilendirmeler,
- Eğitim ve sağlık seminerleri ile ilgili içerikler tarafıma iletilebilecektir.

Bununla birlikte, 6563 sayılı Elektronik Ticaretin Düzenlenmesi Hakkında Kanun kapsamında, sunulan hizmetlerin duyurulması amacıyla ticari elektronik ileti gönderilmesine açıkça rıza verdiğimi beyan ederim.

Kişisel verilerimin işlenmesi ve saklanması süreçleri hakkında detaylı bilgilendirildiğimi, gerekli durumlarda veri işleme sürecine ilişkin taleplerimi iletebileceğim iletişim kanallarının tarafıma bildirildiğini kabul ederim. İstedğim her zaman, herhangi bir gerekçe göstermeksizin, tarafıma gönderilecek her iletide sunulacak çıkış/red seçeneğini kullanarak ticari elektronik ileti gönderiminin sonlandırılmasını talep edebileceğim konusunda bilgilendirildim.

İlgili hizmetlerin, yasal zorunluluklara ve KVKK kapsamında yürütüleceğini bildiğimi ve bu kapsamda kişisel verilerimin işlenmesiyle ilgili açık rıza gösterdiğimi kabul ederim.

Hasta Adı ve Soyadı: _____

Tarih: _____

İmza: _____