

	KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ HAKKINDA AÇIK RIZA FORMU	YAYIN TARİHİ	22.09.2025
		REVİZYON NO	00
		REVİZYON TARİHİ	00.00.0000
	DOKÜMAN KODU: KU.RB.01	SAYFA NO	4



Hasta Adı Soyadı:

Telefon Numarası:

Dosya No:

Tarih/ Saat:

Bozok Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi tarafından **Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma/Bilgilendirme** metninde detaylı olarak yer alan kişisel verilerinizin, sözleşmenin ifası, kanunda açıkça öngörülmesi, hukuki yükümlülüğümüzü yerine getirebilmemiz için zorunlu olması ve kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi amacıyla gerektiği ölçüde işlenmesi ve aktarılması halleri haricinde; aşağıda belirtilen hususlara ilişkin olarak açık rızanızı talep ediyoruz. Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Açık Rıza Formuna bir kez onay vermeniz yeterlidir.

Kişisel Verilerin Toplanması, İşlenmesi ve İşleme Amaçları

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 veya elektronik olarak elde ettiğiniz konusunda **Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma/Bilgilendirmem**etnini okuyarak bilgilendirildim.

Bu kapsamda tüm tıbbî teşhis, muayene, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi için gerekli olan ve bu amaçla elde edilen kişisel sağlık verilerim başta olmak üzere, elde edilen başlıca genel ve özel nitelikli kişisel verilerim aşağıda sıralanmıştır;

- Adım, soyadım, TC kimlik numaram, Türk vatandaşı olmamam halinde pasaport numaram veya geçici TC kimlik numaram, doğum yeri ve tarihim, medeni halim, cinsiyet bilgim gibi kimlik verilerim ve ibraz ettiğim TC Kimlik Kartı ya da Sürücü Belgesi fotokopim,
- Adresim, telefon numaram, elektronik posta adresim gibi iletişim verilerim,
- Dosyamda takip edilmesi amacıyla kendi sunduğum ve Yozgat Bozok Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi'nde yaptırdığım bütün görüntüleme sonuçlarım (Röntgen, Tomografi, ve diğer tüm görüntüleme verilerim), muayene verilerim, reçete bilgilerim gibi tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi sırasında elde edilen sağlık verilerim,
- Hizmetlerinizi değerlendirmek amacı ile paylaştığım yanıt ve yorumlar,
- Hastanelerinizi ziyaretim sırasında alınan kapalı devre kamera sistemi görüntü ve ses kaydım,
- Çağrı merkeziniz ile iletişime geçtiğim takdirde tutulan sesli görüşme kayıtları,
- Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve planlaması amacıyla özel sağlık sigortasına ilişkin verilerim ve Sosyal Güvenlik Kurumu verilerim,
- E-Nabız verilerim,
- Otopark hizmetinden faydalanmam halinde araç plaka verim,
- Web siteniz ve mobil uygulamanızın kullanımı sırasında elde edilen gezinme bilgilerim, IP adresim, tarayıcı bilgilerim ve kendi rızam ile ilettiğim tıbbî belgeler, anketler, form bilgilerim ve konum verilerim.

Yukarıda sayılmış olan kişisel verilerim ile özel nitelikli kişisel verilerimin aşağıdaki amaçlar ile işlenebileceği konusunda bilgilendirildim;

- Kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi,
- İlgili mevzuat uyarınca Sağlık Bakanlığı ve diğer kamu kurum ve kuruluşları ile talep edilen bilgilerin paylaşılması,

- Yasal ve düzenleyici gereksinimlerin yerine getirilmesi,
- Çağrı merkezi ve dijital kanallarınız aracılığı ile randevum hakkında bilgilendirilmek,
- Hasta hizmetleri, sağlık profesyonelleriniz ve çağrı merkezi bölümleri tarafından kimliğimin teyit edilmesi,
- Hastane yönetimi tarafından kurum iç işleyişinin planlanması ve yönetilmesi,
- Kalite, Hasta Deneyimi, Bilgi Sistemleri bölümleri tarafından sağlık hizmetlerini geliştirme amacıyla analiz yapılması,
- İnsan kaynakları ve kalite bölümleri tarafından sağlık hizmetlerini geliştirme amacıyla analiz yapılması,
- Denetim ve Bilgi Sistemleri bölümleri tarafından suistimal ve yetkisiz işlemlerin izlenmesi ve engellenmesi,
- Kalite, Hasta Deneyimi, Bilgi Sistemleri bölümleri tarafından risk yönetimi ve kalite geliştirme aktivitelerinin yerine getirilmesi,
- Hasta Hizmetleri, Mali İşler bölümleri tarafından hizmetleriniz karşılığında faturalandırma yapılması,
- Hasta Hizmetleri, Mali İşler bölümleri tarafından hastanemiz ile anlaşmalı olan kurumlarla ilişkimin teyit edilmesi,
- Hastane Yönetimi, Hasta Deneyimi, Hasta Hakları, Çağrı Merkezi bölümleri tarafından bana verilmiş olan/verilecek olan sağlık hizmetlerine ilişkin her türlü soru ve şikâyetime cevap verilebilmesi,
- Hastane Yönetimi, Bilgi Sistemleri bölümleri tarafından hastanemiz sistem ve uygulamalarının veri güvenliği kapsamında tüm gerekli teknik ve idari tedbirlerin alınması,
- Web ve mobil kanallarda özel içeriklerin, somut ve soyut faydaların tasarlanması ve iletilebilmesi,
- Hastane Yönetimi, Hasta Hakları, Hasta Deneyimi bölümleri tarafından hasta memnuniyetinin ölçülmesi, artırılması ve araştırılması,
- Kurumun iş birliği içerisinde olduğu Yozgat Bozok Üniversitesi'ne bağlı tüm eğitim kurumları tarafından eğitim ve öğretim faaliyetlerinin yerine getirilebilmesi,
- Bilimsel araştırma, tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine, eğitim amacıyla fotoğraflanmasına veya videoya kaydına; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla medikal literatürde yayınlanmasına,

Yukarıda belirtilen “Kişisel ve Özel Nitelikli Verilerimin” fiziki ve elektronik arşivlerde büyük bir titizlik ve mevzuat hükümlerine riayet edilerek muhafaza edilebileceği konusunda detaylı olarak bilgilendirildim.

Kişisel Verilerin Aktarılması

Kişisel verilerim, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Korunması Yönetmeliği ve Sağlık Bakanlığı düzenlemeleri ve sair mevzuat hükümleri çerçevesinde ve yukarıda açıklanan amaçlarla;

- Sağlık Bakanlığı, bakanlığa bağlı alt birimler ve aile hekimliği merkezleri ile,
- Özel Sigorta Şirketleri (sağlık, emeklilik, hayat sigortası ve benzeri),
- Sosyal Güvenlik Kurumu ile,
- Emniyet Genel Müdürlüğü ve diğer kolluk kuvvetleri ile,
- Nüfus Genel Müdürlüğü ile,
- Türkiye Eczacılar Birliği ile,
- Adli makamlar ile,
- Tıbbi teşhis ve tedavi için yurt içinde veya yurt dışında bulunan laboratuvar, tıp merkezleri, ambulans, tıbbi cihaz ve sağlık hizmeti sunan kurumlar ile,
- Sevk edilmem durumunda sevk edildiğim veya kendi başvurduğum başka bir sağlık kuruluşu ile,
- Yetki vermiş olduğum kanuni temsilciler ile,
- Çalışmakta olduğunuz avukatlar ve vergi danışmanları olmak üzere danışmanlık aldığınız üçüncü kişiler ile,
- Düzenleyici ve denetleyici kurumlar ve resmi merciler ile.

Lütfen el yazınız ile, **“YUKARIDA BELİRTİLEN KURUMLARA KİŞİSEL VERİLERİMİN AKTARILABİLECEĞİ İLE İLGİLİ AÇIKLAMALARI OKUDUM, ANLADIM, BİLİYORUM VE BUNU KABUL EDİYORUM.”** yazınız ve imzalayınız.

Kişisel Veri Toplamının Yöntemi ve Hukuki Sebebi

Kişisel verilerimin, her türlü sözlü, yazılı, görsel ya da elektronik ortamda, yukarıda yer verilen amaçlar ve Yozgat Bozok Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi'nin faaliyet konusuna dahil her türlü işin yasal çerçevede yürütülebilmesi ve bu kapsamda Yozgat Bozok Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi 'nin akdi ve kanuni yükümlülüklerini tam ve gereği gibi ifa edebilmesi için toplanmakta ve işlenmekte olduğu konusunda bilgilendirildim.

İşbu kişisel verilerimin toplanmasının hukuki sebebi;

- 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu,
- 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu,
- 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname,
- Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Korunması Yönetmeliği
- Sağlık Bakanlığı düzenlemeleri ve sair mevzuat hükümleridir.

Ayrıca; 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu"nın 6. maddesinin 3. Fıkrası uyarınca, sağlık ve kişisel verilerimin, kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi amacıyla, sır saklama yükümlülüğü altında bulunan kişiler veya yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından açık rızam aranmaksızın işlenebileceğini biliyorum.

Kişisel Verilerin Korunmasına Yönelik Haklarınız

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca;

- Kişisel verilerimin işlenip işlenmediğini öğrenme,
- Kişisel verilerim işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
- Kişisel sağlık verilerime erişim ve bu verileri isteme,
- Kişisel verilerimin işlenme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
- Yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme,
- Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme,
- Kişisel verilerimin silinmesini veya yok edilmesini isteme,
- Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesine ve/veya kişisel verilerimin silinmesini veya yok edilmesine ilişkin işlemlerin kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,
- İşlenen verilerimin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle kendi aleyhime bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,
- Kişisel verilerimin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramam hâlinde zararın giderilmesini talep etme haklarına sahip olduğum konusunda tarafıma bilgi verildi.

Kanun kapsamındaki taleplerimi, <https://dishastanesi.bozok.edu.tr/> Web adresi Hızlı Erişim sekmesinde

“Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Uyarınca Başvuru Formu” nu doldurarak;

- ✓ „Şeyh Osman Mahallesi Ankara Bulvarı No:20 Yozgat Merkez” adresine bizzat teslim edebileceğimi,
- ✓ Noter kanalıyla gönderebileceğimi,
- ✓ <https://dishastanesi.bozok.edu.tr/> adresine güvenli elektronik ya da mobil imzalı olarak, kayıtlı elektronik posta adresi veya sisteminizde kayıtlı elektronik e-posta adresim aracılığıyla iletebileceğimi biliyorum.

- Yozgat Bozok Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi tarafından hazırlanan **Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Açık Rıza Formunu** okuduğumu ve anladığımı,
- **Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma/ Bilgilendirme** metninde detaylı olarak yer alan kişisel verilerimin işlenme amaçları, aktarıldığı kurum, kuruluş, şirket ve sağlık profesyonelleri, toplanma yöntemleri ve hukuki sebepleri, kişisel verilerimin korunmasına yönelik haklarım, veri güvenliği ve başvuru hakkıma dair bilgilendirildiğimi,
- Kişisel ve Özel Nitelikli Verilerimin; sözleşmenin ifası, kanunda açıkça öngörülmesi, Yozgat Bozok Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi “nin hukuki yükümlülüğünü yerine getirebilmesi için zorunlu olması ve

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 Açık Rıza Formunda** belirtilen hususlara uygun olarak muhafaza edilmesi, işlenmesi ve aktarılmasını,

- Yapılan tüm tetkik ve tedavi bilgilerinin hasta kimlik bilgileri gizli kalacak şekilde hastaneniz (niversiteniz) bünyesinde oluşturulacak dijital veri tabanında kaydedilmesini ve kullanılmasını, 6698 sayılı Kanuna göre (“Anonim haline getirme; Kişisel verilerin, başka verilerle eşleştirilerek dahi hiçbir surette kimliği belirli veya belirlenebilir bir gerçek kişiyle ilişkilendirilemeyecek hale getirilmesi”) düzenlenen **anonimleştirmeyi**,
- Verilerin anonimleştirme yoluyla rıza aranmaksızın kullanılabileceğini, **AÇIK RIZAM İLE KABUL EDİYORUM.**

ONAM

Kendi el yazınız ile “Okuduğumu anladım” yazınız:

Hasta Adı Soyadı:..... İmza:

TC Kimlik Numarası:

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

1) Hasta Yakını Adı Soyadı:..... İmza:

Yakınlık Derecesi: Tarih:/...../..... Saat:.....:.....

2) Hasta Yakını Adı Soyadı:..... İmza:

Yakınlık Derecesi: Tarih:/...../..... Saat:.....:.....

Hasta Yakınından Onam Alınma Nedeni:

- Hasta 18 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)
- Bilinci kapalı (Varsa, vasisi ya da yasal temsilcisinden imza alınır)

TERCÜMAN (Hastanın Dil /İletişim Problemi var ise)

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

Tercüme Yapanın Adı Soyadı:..... İmza:

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

*Not: Bu form 4 sayfadan oluşmaktadır.

**Not: Bu forma <https://dishastanesi.bozok.edu.tr/> adresinden erişim sağlayabilirsiniz.