

الصور الطبية — الموافقة الصريحة

إقرار الموافقة الصريحة

رقم المراجعة / التاريخ: 2026 v09 / 30.07.2026

رقم النموذج: KVKK-002

رقم بروتوكول المريض	التاريخ	
رقم الهوية التركية / جواز السفر	تاريخ الميلاد	
اسم المريض الكامل	الجنس	
التشخيص		

السيد صاحب البيانات المحترم / ولي الأمر / الوصي / الممثل،

هذا النموذج وثيقة منفصلة عن إقرار الموافقة الصريحة KVKK-001. تغطي المادة 5 من النموذج KVKK-001 معالجة صوركم الطبية ومقاطع الفيديو الخاصة بكم لأغراض التشخيص والعلاج فقط. أما هذا النموذج فيتعلق باستخدامات صوركم خارج نطاق التشخيص والعلاج.

لستم ملزمين بتوقيع هذا النموذج. إن عدم منحكم الموافقة لن يؤثر بأي شكل على فحصكم أو تشخيصكم أو علاجكم، ولن يؤدي إلى أي أثر سلبي في علاقتكم بطبيبكم.

يُشار إلى طبيبكم Dr. Özgür Akşan في هذا النص بـ«الطبيب».

1. الصور التي تشملها هذه الموافقة

الصور الملتقطة أثناء الفحص
الصور ومقاطع الفيديو الملتقطة أثناء العملية الجراحية أو التدخل
الصور المقارنة قبل العلاج وبعده
الصور الشعاعية مثل الأشعة السينية والتصوير المقطعي والرنين المغناطيسي وتصوير الأوعية
تسجيلات الفيديو المتضمنة صوتاً

2. ما ينبغي أن تعرفوه قبل اتخاذ القرار

تكتسي النقاط التالية أهمية خاصة كي تكون موافقتكم «مبنية على الإعلام». يُرجى قراءتها بعناية.
قد لا يكفي شريط العينين أو تمويه الوجه لإخفاء هويتكم. فالسمات المميزة مثل الحاجبين والشارب والوشم والندوب وشكل الجسم قد تجعلكم قابليين للتعرف عليكم. ولهذا السبب، حتى إذا اخترت خيار «مع إخفاء الهوية»، فإن احتمال التعرف لا يزول تماماً.
قد يكون المحتوى المنشور على الإنترنت دائماً. فبعد نشر الصورة، يمكن أن يقوم أطراف ثالثة بنسخها أو تنزيلها أو نقلها إلى منصات أخرى. وعند سحبكم لموافقتكم يزيل الطبيب المحتوى من حساباته الخاصة؛ غير أنه قد لا تكون للطبيب أي سيطرة على المحتوى الذي نسخه آخرون.
لكم الحق في رؤية الصورة قبل النشر. وبناءً على طلبكم، سيُعرض عليكم قبل النشر أي صورة ستُستخدم وأين وكيف.
ينظم هذا النموذج موافقتكم على معالجة بياناتكم الشخصية فقط. أما القيود التي تفرضها التشريعات الصحية على أنشطة الترويج والإعلان فتسري بشكل منفصل ومستقل عن موافقتكم.

3. خيارات الموافقة الصريحة

يُرجى وضع علامة «X» في المربع المجاور لكل بند تمنحون الموافقة عليه. كل بند موافقة مستقلة؛ ووضع علامة على أحدها لا يشمل البنود الأخرى. ويمكنكم أيضاً توقيع النموذج دون وضع علامة على أي بند.

(أ) التعليم الطبي في إطار مغلق

☐ 1. أوافق على استخدام صوري في المؤتمرات والدورات والمحاضرات التي يقتصر المشاركون فيها على العاملين في المهن الصحية، مع إخفاء هويتي.

☐ 2. أوافق على استخدامها في الأطر ذاتها بصورة تكون فيها هويتي قابلة للتعرف.

(ب) النشر الأكاديمي

☐ 1. أوافق على نشر صوري في المقالات العلمية والكتب والأبحاث المقدمة، مع إخفاء هويتي.

☐ 2. أوافق على نشرها في الأعمال ذاتها بصورة تكون فيها هويتي قابلة للتعرف. وفي هذا الخيار سيُعرض عليّ العمل المعني قبل النشر.

ج) المنصات المتاحة للعموم

- ج1. أوافق على استخدام صوري مع إخفاء هويتي في محتوى الإعلام والتوعية على الموقع الإلكتروني للطبيب الذي يشرح الأمراض ومسارات العلاج.
- ج2. أوافق على استخدام صوري مع إخفاء هويتي في محتوى الإعلام والتوعية على حسابات التواصل الاجتماعي الخاصة بالطبيب.
- ج3. أوافق على استخدامهما في المنصات المتاحة للعموم بصورة تكون فيها هويتي قابلة للتعرف.
- لا تتم المنشورات في نطاق البندين ج2 وج3 إلا على حسابات الطبيب الرسمية المبنية أدناه. ولا تشمل هذه الموافقة حسابات أي أشخاص أو مؤسسات أخرى.

الحسابات الممنوحة لها الموافقة

4. المدة وسحب الموافقة

تسري هذه الموافقة إلى حين سحبها؛ ومدة الحفظ القصوى مبيّنة في نص الإعلام KVKK الخاص بالطبيب. يمكنكم سحب موافقتكم في أي وقت تشاؤون ودون إبداء أي سبب. وبناءً على طلب السحب، يزيل الطبيب الصور دون تأخير من المنصات الخاضعة لسيطرته. السحب نافذ للمستقبل؛ وهو لا يُبطل الاستخدامات التي تمت بصورة مشروعة قبل تاريخ السحب. وفي المنشورات الأكاديمية المطبوعة، قد يتعذر استرجاع النسخ المطبوعة.

تقديم الطلبات: Mimar Sinan Mahallesi, Ziya Gökalp Bulvarı No: 28, Daire 1/2, Alsancak, Konak / İZMİR — KEP: ozgur.aksan@hs06.kep.tr

5. الإقرار

قرأت المعلومات الواردة أعلاه وفهمتها. وفي حدود البنود التي وضعتُ عليها علامة، أُمْنَح موافقتي بإرادتي الحرة وبموافقتي الصريحة المستنيرة على استخدام صوري الطبية للأغراض وعلى المنصات المبيّنة. وقد أبلغتُ صراحةً بأن عدم وضع علامة على أي بند لن يؤثر على مسار علاجي. يكتب المريض العبارة التالية بخط يده ويوقع:

«قرأتُ وفهمتُ. أُمْنَح موافقة صريحة تقتصر على البنود التي وضعتُ عليها علامة.»

التوقيعات

الاسم الكامل	التوقيع	التاريخ / الساعة
المريض		
الممثل القانوني للمريض / أحد أقاربه (صلة القرابة:		
الطبيب المسؤول	Dr. Özgür Akşan	