

PERSONENBEZOGENE DATEN — AUSDRÜCKLICHE EINWILLIGUNG

Erklärung der ausdrücklichen Einwilligung

Formular-Nr.: KVKK-001

Rev.-Nr. / Datum: 2026 v09 / 10.07.2026

PATIENTEN- PROTOKOLL-NR.		DATUM	
TÜRKISCHE ID- / PASSNUMMER		GEBURTSDATUM	
VOR- UND NACHNAME DES PATIENTEN		GESCHLECHT	
DIAGNOSE			

Ausdrückliche Einwilligungserklärung

Sehr geehrte(r) betroffene Person / Elternteil / Vormund / Vertreter(in),

Ausdrückliche Einwilligung bezeichnet eine auf einen bestimmten Sachverhalt bezogene, auf Information beruhende und aus freiem Willen erklärte Einwilligung. Ihr Arzt, **Dr. Özgür AKŞAN**, wird im folgenden Text als „Arzt“ oder „Praxis“ bezeichnet.

In der Eigenschaft als „Verantwortlicher“ verarbeitet, speichert und übermittelt der Arzt als Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen — zur Erfüllung der mit Patienten/Klienten und deren Angehörigen geschlossenen Vereinbarungen, in den in den Gesetzen ausdrücklich vorgesehenen Fällen, zur Begründung, Ausübung oder Wahrung eines Rechts, zur Wahrung der berechtigten Interessen der Praxis und Ihrer eigenen berechtigten Interessen sowie in den Fällen, in denen dies zur vollständigen Erfüllung der damit verbundenen gesetzlichen Pflichten zwingend erforderlich ist — Ihre nachstehend aufgeführten personenbezogenen Daten, Ihre unter die **besonderen Kategorien personenbezogener Daten** fallenden biometrischen, genetischen, Gesundheits- und das Sexualleben betreffenden Daten sowie Ihre durch medizinische Bildgebungsverfahren wie **Röntgen, CT, MRT, DEXA, Szintigraphie, Angiographie, Ultraschall** usw. gewonnenen Gesundheitsdaten im Rahmen der **Rechtsvorschriften zum Schutz personenbezogener Daten** und vernichtet sie entsprechend den gesetzlichen Bedingungen.

Welche Ihrer personenbezogenen Daten auf der Grundlage der sich aus dem Gesetz ergebenden Rechtsgründe ohne Einholung Ihrer ausdrücklichen Einwilligung verarbeitet werden, ist Ihnen in der **KVKK-Datenschutzinformation (KVKK: türkisches Gesetz Nr. 6698 zum Schutz personenbezogener Daten)** im Einzelnen zur Kenntnis gebracht worden.

Wir bitten um Ihre ausdrückliche Einwilligung zu den folgenden Punkten:

Gegenstände der ausdrücklichen Einwilligung

1. Verarbeitung allgemeiner personenbezogener Daten. Ich **willige ein**, dass meine personenbezogenen Daten durch den als Verantwortlichen handelnden Arzt und die von ihm

beauftragten Auftragsverarbeiter verarbeitet, für die erforderliche Dauer gespeichert und nach Ablauf dieser Dauer vernichtet werden.

2. Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten. Ich **willige ein**, dass die Gesundheits- und das Sexualleben betreffenden Daten sowie die biometrischen und genetischen Daten verarbeitet, für die erforderliche Dauer gespeichert und nach Ablauf dieser Dauer vernichtet werden.

3. Übermittlung an Dienstleister im In-/Ausland. Ich **willige ein**, dass meine personenbezogenen Daten und meine Daten besonderer Kategorien an im In- und Ausland ansässige Dienstleister (vereidigter Wirtschaftsprüfer/Steuerberater, Rechtsberater, IT-Dienstleister, Übersetzung, Kurierdienst usw.) übermittelt werden, und zwar bezogen auf die von ihnen für die Praxis erbrachten Leistungen und auf diese beschränkt.

4. Übermittlung zur Einholung einer Zweitmeinung. Ich **willige ein**, dass meine Identitätsdaten, meine Gesundheits- und das Sexualleben betreffenden Daten sowie meine medizinischen Bilddaten zum Zweck der Einholung einer Zweitmeinung bei der Diagnose und Behandlung meines Gesundheitszustands an kooperierende Gesundheitseinrichtungen und -organisationen sowie Ärzte im In- und Ausland übermittelt werden.

5. Medizinische Fotos und Videos. Ich **willige ein**, dass die vom Arzt im Rahmen der Diagnose und Behandlung meines Gesundheitszustands anzufertigenden medizinischen Fotos und Videos verarbeitet, gespeichert, übermittelt und nach Ablauf der erforderlichen Dauer vernichtet werden.

6. Übermittlung an private Versicherungsgesellschaften / die Sozialversicherungsanstalt (SGK). Ich **willige ein**, dass meine Gesundheitsdaten im Rahmen der Kostenübernahme- (Provision) und Abrechnungsprozesse der von mir in der Praxis in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen an meine private Versicherungsgesellschaft, die Zusatzversicherungsgesellschaft oder die bevollmächtigte Vermittlungsstelle übermittelt werden.

7. Informierende Kommunikation. Ich **willige ein**, dass ich zur Erbringung eines besseren Service über den Untersuchungs-/Behandlungsprozess per E-Mail, Post, SMS und Telefon informiert werde.

8. e-Nabız-Integration. Ich **willige ein**, dass im Rahmen meiner persönlichen Gesundheitsdaten sämtliche im System **e-Nabız** (dem nationalen elektronischen Gesundheitsakten-System der Türkei) enthaltenen elektronischen Aufzeichnungen (Untersuchungen, Rezepte, Berichte, Labor, Radiologie, ärztliche Untersuchungen, Impfungen, E-Rezepte, E-Berichte, elektronisch signierte Dokumente usw.) durch den Arzt zu Zwecken der Diagnose, Behandlung und Planung der Gesundheitsversorgung verarbeitet, gespeichert und bei Bedarf übermittelt werden.

Allgemeine ausdrückliche Einwilligungserklärung

Indem ich zu den oben genannten Zwecken **aus freiem Willen ausdrücklich meine Einwilligung erteile**, willige ich ein, dass meine zu verarbeitenden personenbezogenen Daten — beschränkt auf die Verarbeitungszwecke im Rahmen des jeweiligen Prozesses — verarbeitet, verwendet, übermittelt, für die erforderliche Dauer gespeichert und nach Ablauf dieser Dauer vernichtet werden; ich bestätige, dass die erforderliche Information hierzu durch die „**KVKK-Datenschutzinformation**“ erfolgt ist und dass ich diesen Text gelesen und verstanden habe; und **ICH ERKENNE AN, ERKLÄRE UND VERPFLICHTE MICH, DASS ICH DIES AUS FREIEM WILLEN UND MIT MEINER INFORMIERTEN AUSDRÜCKLICHEN EINWILLIGUNG GENEHMIGE.**

Erklärung des Patienten und Unterschrift

Der Patient schreibt den folgenden Satz **eigenhändig** und unterschreibt:

„Ich habe es gelesen und verstanden. Ich stimme mit meiner ausdrücklichen Einwilligung zu.“

Unterschriften

	Vor- und Nachname	Unterschrift	Datum / Uhrzeit
Patient			
Gesetzlicher Vertreter / Angehöriger des Patienten (Verwandtschaftsgrad:)			
Verantwortlicher Arzt	Dr. Özgür Akşan		