

تصاویر پزشکی — رضایت صریح

اعلامیه رضایت صریح

شماره بازبینی / تاریخ: 2026 v09 / 30.07.2026

شماره فرم: KVKK-002

شماره پرونده بیمار	تاریخ	
شماره شناسایی ترکیه / گذرنامه	تاریخ تولد	
نام کامل بیمار	جنسیت	
تشخیص		

بیانیه رضایت صریح

صاحب داده گرامی / ولی / قیم / نماینده محترم،

این فرم سندی جدا از بیانیه رضایت صریح KVKK-001 است. ماده ۵ فرم KVKK-001 پردازش عکس‌ها و ویدئوهای پزشکی شما را تنها برای اهداف تشخیص و درمان پوشش می‌دهد. این فرم اما به استفاده‌هایی از تصاویر شما مربوط است که خارج از تشخیص و درمان قرار می‌گیرند. شما هیچ الزامی به امضای این فرم ندارید. ندادن رضایت به هیچ وجه بر معاینه، تشخیص یا درمان شما اثر نمی‌گذارد و هیچ پیامد نامطلوبی در رابطه شما با پزشکتان ایجاد نمی‌کند.

پزشک شما Dr. Özgür Akşan در این متن «پزشک» نامیده می‌شود.

۱. تصاویری که این رضایت آن‌ها را دربر می‌گیرد

عکس‌های گرفته‌شده در حین معاینه
عکس‌ها و ویدئوهای گرفته‌شده در حین عمل جراحی یا مداخله
تصاویر مقایسه‌ای پیش و پس از درمان
تصاویر رادیولوژیک مانند رادیوگرافی، سی‌تی، ام‌آر‌آی و آنژیوگرافی
ضبط‌های ویدئویی دارای صدا

۲. آنچه پیش از تصمیم‌گیری باید بدانید

موارد زیر برای آنکه رضایت شما «مبتنی بر آگاه‌سازی» باشد اهمیت ویژه دارد. لطفاً آن‌ها را با دقت بخوانید.

نوار روی چشم یا محو کردن چهره ممکن است برای پنهان ماندن هویت شما کافی نباشد. ویژگی‌های متمایزکننده مانند ابروها، سیل، خالکوبی، جای زخم یا فرم بدن می‌تواند شما را قابل شناسایی کند. به همین دلیل، حتی اگر گزینه «با پنهان‌سازی هویت» انتخاب شود، احتمال شناسایی به‌طور کامل از میان نمی‌رود.

محتوای منتشرشده در اینترنت می‌تواند ماندگار باشد. پس از انتشار یک تصویر، اشخاص ثالث می‌توانند آن را کپی، داندلود یا به سکوها دیگر منتقل کنند. هنگامی که رضایت خود را پس بگیرید، پزشک محتوا را از حساب‌های خود حذف می‌کند؛ اما ممکن است پزشک بر محتوایی که دیگران کپی کرده‌اند هیچ کنترلی نداشته باشد.

شما حق دارید تصویر را پیش از انتشار ببینید. در صورت درخواست، پیش از انتشار به شما نشان داده می‌شود که کدام تصویر، کجا و چگونه استفاده خواهد شد.

این فرم تنها رضایت شما به پردازش داده‌های شخصی‌تان را تنظیم می‌کند. محدودیت‌هایی که قوانین سلامت بر فعالیت‌های تبلیغی و معرفی وضع کرده‌اند، جدا و مستقل از رضایت شما اعمال می‌شوند.

۳. گزینه‌های رضایت صریح

لطفاً کنار هر بندی که به آن رضایت می‌دهید علامت «X» بگذارید. هر بند رضایتی جداگانه است؛ علامت‌گذاری یکی، بندهای دیگر را دربر نمی‌گیرد. می‌توانید بدون علامت‌گذاری هیچ بندی نیز فرم را امضا کنید.

(الف) آموزش پزشکی در فضای بسته

- الف ۱. رضایت می‌دهم تصاویرم در همایش‌ها، دوره‌ها و کلاس‌ها که شرکت‌کنندگان آن به شایان حرفه‌ای سلامت محدود است، با پنهان‌سازی هویتم استفاده شود.
- الف ۲. رضایت می‌دهم در همان فضاها به شکلی که هویتم قابل شناسایی باشد استفاده شود.

ب) انتشار دانشگاهی

- ب ۱. رضایت می‌دهم تصاویرم در مقالات علمی، کتاب‌ها و مقالات همایشی با پنهان‌سازی هویتم منتشر شود.
- ب ۲. رضایت می‌دهم در همان آثار به شکلی که هویتم قابل شناسایی باشد منتشر شود. در این گزینه، اثر مربوط پیش از انتشار به من نشان داده خواهد شد.

ج) بسترهای در دسترس عموم

- ج ۱. رضایت می‌دهم تصاویرم با پنهان‌سازی هویتم در محتوای آگاهی‌بخش وبسایت پزشک که بیماری‌ها و روندهای درمان را شرح می‌دهد استفاده شود.
- ج ۲. رضایت می‌دهم تصاویرم با پنهان‌سازی هویتم در محتوای آگاهی‌بخش حساب‌های شبکه‌های اجتماعی پزشک استفاده شود.
- ج ۳. رضایت می‌دهم در بسترهای در دسترس عموم به شکلی که هویتم قابل شناسایی باشد استفاده شود.
- انتشار در چارچوب بندهای ج ۲ و ج ۳ تنها در حساب‌های رسمی پزشک که در زیر مشخص شده‌اند انجام می‌شود. این رضایت حساب‌های اشخاص یا نهادهای دیگر را دربر نمی‌گیرد.

حساب‌هایی که رضایت برای آن‌ها داده شده

۴. مدت و پس‌گرفتن رضایت

این رضایت تا زمان پس‌گرفته‌شدن معتبر است؛ حداکثر مدت نگهداری در متن آگاه‌سازی KVKK پزشک ذکر شده است. می‌توانید رضایت خود را در هر زمان و بدون ذکر هیچ دلیلی پس بگیرید.

بر پایه درخواست پس‌گرفتن، پزشک تصاویر را بی‌درنگ از بسترهای تحت کنترل خود حذف می‌کند.

پس‌گرفتن برای آینده مؤثر است؛ استفاده‌هایی را که پیش از تاریخ پس‌گرفتن به‌طور قانونی انجام شده‌اند بی‌اعتبار نمی‌کند.

در انتشارات دانشگاهی چاپی، فراخوانی نسخه‌های چاپ‌شده ممکن است میسر نباشد.

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

۵. بیانیه

آگاه‌سازی بالا را خواندم و فهمیدم. محدود به بندهایی که علامت زده‌ام، با اراده آزاد و با رضایت صریح آگاهانه خود به استفاده از تصاویر پزشکی‌ام برای اهداف و در بسترهای ذکر شده موافقت می‌کنم. به من صراحتاً اعلام شد که علامت نزدن هیچ بندی بر روند درمانم اثر نخواهد گذاشت.

بیمار جمله زیر را با دست‌خط خود می‌نویسد و امضا می‌کند:

«خواندم و فهمیدم. رضایت صریح محدود به بندهایی که علامت زده‌ام می‌دهم.»

امضاها

نام کامل	امضا	تاریخ / ساعت
بیمار		
نماینده قانونی / بستگان بیمار (نسبت:		
پزشک مسئول	Dr. Özgür Akşan	