

DONNÉES PERSONNELLES — CONSENTEMENT EXPLICITE

Déclaration de consentement explicite

N° de formulaire: KVKK-001		N° rév. / Date: 2026 v09 / 10.07.2026	
N° DE PROTOCOLE DU PATIENT		DATE	
N° D'IDENTITÉ TURQUE / PASSEPORT		DATE DE NAISSANCE	
NOM ET PRÉNOM DU PATIENT		SEXE	
DIAGNOSTIC			

Madame, Monsieur — Titulaire des données / Parent / Tuteur / Représentant,

Le **consentement explicite** désigne un consentement portant sur un sujet déterminé, fondé sur une information préalable et exprimé librement. Votre médecin, le **Dr. Özgür AKŞAN**, sera ci-après désigné dans le présent texte par « **Médecin** » ou « **Cabinet** ».

En sa qualité de « Responsable du traitement », le Médecin, en tant que prestataire de services de santé — pour l'exécution des accords conclus avec les patients/consultants et leurs proches, dans les cas expressément prévus par la loi, pour la constitution, l'exercice ou la protection d'un droit, pour la sauvegarde des intérêts légitimes du cabinet et des vôtres, et dans les cas où cela est nécessaire pour s'acquitter pleinement des obligations légales y afférentes — traite, conserve, transfère et détruit conformément aux conditions légales vos données à caractère personnel énumérées ci-dessous, vos données biométriques, génétiques, de santé et relatives à la vie sexuelle relevant des **données à caractère personnel de catégorie particulière (données sensibles)**, ainsi que vos données de santé obtenues au moyen d'examens d'imagerie médicale tels que **radiographie, scanner (TDM), IRM, DEXA, scintigraphie, angiographie, échographie**, etc., dans le cadre de la **législation sur la protection des données à caractère personnel**.

Les données à caractère personnel qui sont traitées sans recueil de votre consentement explicite, sur le fondement de bases juridiques prévues par la loi, sont portées à votre connaissance de manière détaillée dans la **Notice d'information KVKK (loi turque n° 6698 relative à la protection des données à caractère personnel)**.

Nous sollicitons votre consentement explicite sur les points suivants :

Objets du consentement explicite

- Traitement des données à caractère personnel générales.** J'accepte que mes données à caractère personnel soient traitées par le Médecin responsable du traitement et les sous-traitants qu'il a habilités, conservées pendant la durée nécessaire et détruites au terme de cette durée.
- Traitement des données à caractère personnel de catégorie particulière.** J'accepte que les données relatives à la santé et à la vie sexuelle, ainsi que les données biométriques et génétiques,

soient traitées, conservées pendant la durée nécessaire et détruites au terme de cette durée.

3. Transfert à des prestataires en Turquie / à l'étranger. J'accepte que mes données à caractère personnel et mes données de catégorie particulière soient transférées à des prestataires établis en Turquie et à l'étranger (expert-comptable assermenté, conseiller juridique, prestataires de services informatiques, traduction, courrier express, etc.), en lien avec les services qu'ils fournissent au cabinet et dans la limite de ceux-ci.

4. Transfert aux fins d'un deuxième avis. J'accepte que mes données d'identité, mes données de santé et relatives à la vie sexuelle ainsi que mes images médicales soient transférées, aux fins d'obtenir un deuxième avis pour le diagnostic et le traitement de mon état de santé, aux établissements et organismes de santé et aux médecins partenaires en Turquie ou à l'étranger.

5. Photographies et vidéos médicales. J'accepte que les photographies et vidéos médicales prises par le Médecin dans le cadre du diagnostic et du traitement de mon état de santé soient traitées, conservées, transférées et détruites au terme de la durée nécessaire.

6. Transfert aux compagnies d'assurance privées / à l'Institution de sécurité sociale (SGK). J'accepte que mes données de santé soient transférées à ma compagnie d'assurance privée, à ma compagnie d'assurance complémentaire ou à l'organisme intermédiaire habilité, dans le cadre des processus de prise en charge (autorisation préalable) et de facturation des services de santé que je reçois du cabinet.

7. Communications d'information. J'accepte, afin de bénéficier d'un meilleur service, d'être informé(e) par e-mail, courrier, SMS et téléphone au sujet du processus d'examen/de traitement.

8. Intégration e-Nabız. J'accepte, dans le cadre de mes données personnelles de santé, que l'ensemble des enregistrements électroniques figurant dans le système **e-Nabız** (le système national turc de dossier de santé électronique) — examens, ordonnances, rapports, analyses de laboratoire, radiologie, consultations, vaccinations, e-ordonnances, e-rapports, documents signés électroniquement, etc. — soient traités et conservés par le Médecin à des fins de diagnostic, de traitement et de planification des services de santé, et transférés en cas de besoin.

Déclaration générale de consentement explicite

Aux fins indiquées ci-dessus, **en donnant explicitement mon consentement de ma propre volonté**, j'accepte que mes données à caractère personnel appelées à être traitées le soient dans la limite des finalités de traitement propres au processus concerné, qu'elles soient utilisées, transférées, conservées pendant la durée nécessaire et détruites au terme de cette durée ; je reconnais que l'information nécessaire à ces égards m'a été fournie au moyen de la « **Notice d'information KVKK** » et que j'ai lu et compris le présent texte ; et **JE RECONNAIS, DÉCLARE ET M'ENGAGE À L'APPROUVER DE MA LIBRE VOLONTÉ ET PAR MON CONSENTEMENT EXPLICITE ET ÉCLAIRÉ.**

Déclaration du patient et signature

Le patient écrit la phrase suivante **de sa propre main** et la signe :

« J'ai lu et compris. J'approuve par mon consentement explicite. »

Signatures

	Nom et prénom	Signature	Date / Heure
Patient			

	Nom et prénom	Signature	Date / Heure
Représentant légal / proche du patient (Lien de parenté :)			
Médecin responsable	Dr. Özgür Akşan		