

KİŞİSEL VERİLER — AÇIK RIZA

Açık Rıza Beyanı

Form No: KVKK-001

Rev. No / Tarih: 2026 v09 / 10.07.2026

HASTA PROTOKOL NO		TARİH	
T.C. KİMLİK / PASAPORT NO		DOĞUM TARİHİ	
HASTANIN ADI – SOYADI		CİNSİYETİ	
TANI			

Sayın Veri Sahibi / Velisi / Vasisi / Temsilcisi,

Açık rıza; belirli bir konuya ilişkin, bilgilendirilmeye dayanan ve özgür iradeyle açıklanan rızayı ifade eder. Hekiminiz **Dr. Özgür AKŞAN** bundan sonra metin içerisinde "**Hekim**" veya "**Muayenehane**" olarak anılacaktır.

"Veri Sorumlusu" sıfatıyla Hekim, sağlık hizmeti sunucusu olarak; hasta/danışan ve yakınları ile yapılan anlaşmaların ifası, kanunlarda açıkça öngörülen haller, bir hakkın tesisi-kullanılması-korunması, muayenehanenin ve sizlerin meşru menfaatlerinin gözetilmesi ile ilgili yasal zorunlulukları eksiksiz yerine getirebilmek için zorunlu olan hallerde; aşağıda sıralanan kişisel verilerinizi ve **Özel Nitelikli Kişisel Veri** kapsamındaki biyometrik, genetik, sağlık ve cinsel hayata ilişkin verileriniz ile **Röntgen, BT, MR, DEXA, Sintigrafi, Anjiyografi, Ultrason** vb. tıbbi görüntülemeler ile elde edilen sağlık verilerinizi; **Kişisel Verilerin Korunması mevzuatı** kapsamında işler, saklar, aktarır ve yasal koşullara uygun şekilde imha eder.

Kanundan kaynaklanan hukuki sebeplere dayanarak açık rızanız alınmaksızın hangi kişisel verilerinizin işlendiği, **KVKK Aydınlatma Metni**'nde detaylı olarak bilginize sunulmuştur.

Aşağıdaki hususlara ilişkin açık rızanızı talep ediyoruz:

Açık Rıza Konuları

- Genel Kişisel Verilerin İşlenmesi.** Kişisel verilerimin Veri Sorumlusu Hekim ve yetkilendirdiği veri işleyenler tarafından işlenmesini, gerekli süre zarfında saklanmasını, süre sonunda imhasını **kabul ediyorum.**
- Özel Nitelikli Kişisel Verilerin İşlenmesi.** Sağlık ve cinsel hayata ilişkin verilerin, biyometrik ve genetik verilerin işlenmesini, gerekli süre zarfında saklanmasını, süre sonunda imhasını **kabul ediyorum.**
- Yurt İçi/Dışı Tedarikçilere Aktarım.** Kişisel ve özel nitelikli verilerimin; yurt içinde ve yurt dışında yerleşik tedarikçilere (yeminli mali müşavir, hukuk danışmanı, bilişim teknolojileri hizmet sağlayıcıları, tercüme, kurye vb.) muayenehanenize verdikleri hizmetler ile ilintili ve sınırlı olarak aktarılmasını **kabul ediyorum.**
- İkinci Görüş için Aktarım.** Sağlık durumumun teşhisi ve tedavisinde ikinci görüş almak amacıyla; kimlik bilgilerimin, sağlık ve cinsel hayat verilerimin ve tıbbi görüntülerimin yurt içi/dışı işbirliği yapılan sağlık kurum ve kuruluşlarına, hekimlere aktarılmasını **kabul ediyorum.**

5. Tıbbi Fotoğraf ve Video. Sağlık durumumun teşhisi ve tedavisinde Hekim tarafından çekilecek tıbbi fotoğraflarımın ve videolarımın işlenmesini, saklanmasını, aktarılmasını ve gerekli süre sonunda imhasını **kabul ediyorum.**

6. Özel Sigorta Şirketleri / SGK Aktarımı. Özel sigorta şirketim, tamamlayıcı sigorta şirketi veya yetkilendirilmiş aracı kuruma; muayenehaneden aldığım sağlık hizmetlerinin provizyon ve faturalandırma süreçlerinde sağlık verilerimin aktarılmasını **kabul ediyorum.**

7. Bilgilendirme İletişimi. Daha iyi hizmet sunabilmek adına; muayene/tedavi süreciyle ilgili e-posta, posta, SMS ve telefon yoluyla bilgilendirme yapılmasını **kabul ediyorum.**

8. e-Nabız Entegrasyonu. Kişisel sağlık verilerim kapsamında **e-Nabız** sisteminde yer alan tüm elektronik kayıtların (tetkik, reçete, rapor, laboratuvar, radyoloji, muayene, aşı, e-reçete, e-rapor, e-imzalı belge vb.) Hekim tarafından teşhis, tedavi ve sağlık hizmeti planlaması amaçlarıyla işlenmesine, saklanmasına ve gerektiğinde aktarılmasına **kabul ediyorum.**

Genel Açık Rıza Beyanı

Yukarıda belirtilen amaçlar doğrultusunda **özgür irademle açıkça rıza vererek;** işlenecek kişisel verilerimin ilgili süreç kapsamında işlenme amaçları ile sınırlı olmak üzere işlenmesini, kullanılmasını, aktarılmasını, gerekli süre zarfında saklanmasını, süre sonunda imhasını ve bu hususlarda "**KVKK Aydınlatma Metni**" ile gerekli bilgilendirmenin yapıldığını, işbu metni okuduğumu ve anladığımı; **HÜR İRADEM VE AYDINLATILMIŞ AÇIK RIZAM İLE ONAYLADIĞIMI KABUL, BEYAN VE TAAHHÜT EDERİM.**

İmzalar

	Adı – Soyadı	İmza	Tarih / Saat
Hasta			
Hastanın Yasal Temsilcisi / Yakını (Yakınlık derecesi:)			
Sorumlu Hekim	Dr. Özgür Akşan		