**HASTANIN KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİNE İLİŞKİN AÇIK RIZA METNİ**

Dr. EKREM CİVAŞ tarafından hazırlanan “*Hastalarım için Kişisel Veri Aydınlatma Metni*”ni okudum ve anladım. Hangi kişisel verilerimin hangi amaçlarla ve hukuki sebeplerle işlendiği, hangi yöntemlerle toplandığı, kimlere neden aktarıldığı, kişisel verilerimin işlenme süreçlerine ilişkin haklarımın ne olduğu konusunda sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildim.

Dr. EKREM CİVAŞ ile paylaştığım kişisel ve özel nitelikte kişisel verilerimin “*Hastalarımız için Kişisel Veri Aydınlatma Metni*”nde belirtilen usul ve esaslar çerçevesinde, toplanmasına, işlenmesine, kaydedilmesine, saklanmasına, kanuni zorunluluk hallerinde ve nitelikli sağlık hizmeti alabilmem için gerekli olması durumunda paylaşılmasını

………………………………………………………………………. (***Açık rızamla kabul ediyorum yazınız*)**.

Dr. EKREM CİVAŞ’ın ve çalışanlarının aldığım sağlık hizmetinin içeriği, kapsamı, sonuçları, organizasyonu vb. konularında beni bilgilendirebilmesi amacıyla tarafıma;

* Yurtdışı menşeili olanlar da dahil olmak üzere (Whatsapp vb.) mobil iletişim kanallarıyla (Telefonum:…………………………………),
* Yurtdışı menşeili olanlar da dâhil olmak üzere elektronik posta yoluyla

(E-mail adresim:……………………………………….……………………..)

* Posta yoluyla (adresim:…………………………………………..……………………………...)

ulaşabilmesini **AÇIK RIZAM İLE KABUL EDİYORUM.**

(*YALNIZCA ÖZEL SİGORTA ŞİRKETİ İLE ANLAŞMANIZ VARSA DOLDURUNUZ*)

……………………………………………………………isimli özel sigorta şirketinin sigortalısı bir hastayım. Dr. EKREM CİVAŞ’tan alacağım sağlık hizmetinin bedelinin anlaşmalı olduğum sigorta şirketim tarafından karşılanabilmesi için, Dr. EKREM CİVAŞ tarafından kimlik, iletişim, ödeme tutarı ve aldığım hizmeti gösterir sağlık bilgilerimin anlaşmalı olduğum sigorta şirketine aktarılmasını **AÇIK RIZAM İLE KABUL EDİYORUM.**

**KİŞİSEL VERİLERİNİN İŞLENMESİNE AÇIK RIZA GÖSTEREN**

(*Hastanın 18 yaşından küçük olması ya da ayırt etme gücünün bulunmaması halinde yasal temsilcisi tarafından doldurulmalıdır*.)

**AD-SOYAD :**

**TARİH ve SAAT :**

**İMZA :**