

KİŞİSEL VERİLERİN TOPLANMASI VE İZLENMESİ HAKKINDA AÇIK RIZA FORMU

Türk Böbrek Vakfı İstanbul Özel Memorial Hizmet Hastanesi Ahmet Ermi Diyaliz Merkezi Ticari Ltd. Şti., ("Memorial Hizmet") tarafından **Kişisel Verilerin İzlenmesi Hakkında Aydınlatma/ Bilgilendirme** metninde detaylı olarak yer alan kişisel verilerinizin, sözleşmenin ifası, kanunda açıkça öngörülmesi, hukuki yükümlülüğümüzü yerine getirebilmemiz için zorunlu olması ve kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbî tedavis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi amacıyla gerektiği ölçüde izlenmesi ve aktarılması halleri haricinde; aşağıda belirtilen hususlara ilişkin olarak açık rızanızı talep ediyoruz;

Kişisel Verilerin Toplanması, İzlenmesi ve İzleme Amaçları

Bana yüksek standartlarda hizmet sunabilmek amacıyla ile kişisel verilerimi, verilen hizmetin niteliğine bağlı olarak Çağrı Merkezi, internet, mobil uygulamalar, fiziksel mekânlar ve benzeri kanallardan sözlü, yazılı, görsel, ya da elektronik olarak elde ettiğiniz konusunda **Kişisel Verilerin İzlenmesi Hakkında Aydınlatma/Bilgilendirme** metnini okuyarak bilgilendirildim.

Bu kapsamda tüm tıbbî tedavis, muayene, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi için gerekli olan ve bu amaçla elde edilen kişisel sağlık verilerim başta olmak üzere, elde edilen başlıca genel ve özel nitelikli kişisel verilerim aşağıda sıralanmıştır;

- Adım, soyadım, TC kimlik numaram, Türk vatandaşı olmam halinde pasaport numaram veya geçici TC kimlik numaram, doğum yeri ve tarihim, medeni halim, cinsiyet bilgim gibi kimlik verilerim ve ibraz ettiğim TC Kimlik Kartı ya da Ehliyet fotokopim,
- Adresim, telefon numaram, elektronik posta adresim gibi iletişim verilerim,
- Banka hesap numaram, IBAN numaram gibi finansal verilerim,
- Dosyamda takip edilmesi amacıyla kendi sunduğum laboratuvar ve görüntüleme sonuçlarım, test sonuçlarım, muayene verilerim, reçete bilgilerim gibi tıbbî tedavis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi sırasında elde edilen sağlık ve cinsel hayata ilişkin verilerim,
- Hizmetlerinizi değerlendirme amacıyla ile paylaştığım yanıt ve yorumlar,
- Hastanelerinizi ziyaretim sırasında alınan kapalı devre kamera sistemi görüntü ve ses kaydım,
- Çağrı Merkeziniz ile iletişime geçtiğim takdirde tutulan sesli görüşme kayıtları,
- Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve planlaması amacıyla özel sağlık sigortasına ilişkin verilerim ve Sosyal Güvenlik Kurumu verilerim,
- Otopark ve vale hizmetinden faydalanmam halinde araç plaka verim,
- Web siteniz ve mobil uygulamanızın kullanımı sırasında elde edilen gezinme bilgilerim, IP adresim, tarayıcı bilgilerim ve kendi rızam ile ilettiğim tıbbî belgeler, anketler, form bilgilerim ve konum verilerim.

Yukarıda sayılmış olan kişisel verilerim ile özel nitelikli kişisel verilerimin aşağıdaki amaçlar ile izlenebileceği konusunda bilgilendirildim;

- Kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbî tedavis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi,
- İlgili mevzuat uyarınca Sağlık Bakanlığı ve diğer kamu kurum ve kuruluşları ile talep edilen bilgilerin paylaşılması,
- Yasal ve düzenleyici gereksinimlerin yerine getirilmesi,
- Hasta Hizmetleri, Mali İşler, Pazarlama bölümleri tarafından sağlık hizmetlerimin finansmanı, tetkik, tedavis ve tedavi giderlerinizin karşılanması, müstahaklık sorgusu kapsamında özel sigorta şirketleri ile talep edilen bilgilerin paylaşılması,
- Çağrı Merkezi ve Dijital Kanallarınız aracılığı ile randevum hakkında bilgilendirilmek,
- Hasta Hizmetleri, Sağlık Profesyonelleriniz ve Çağrı Merkezi bölümleri tarafından kimliğimin teyit edilmesi,
- Hastane Yönetimi tarafından kurum içi işlerinin planlanması ve yönetilmesi,

MEMORIAL

- Kalite, Hasta Deneyimi, Bilgi Sistemleri bölümleri tarafından sağlık hizmetlerini geliştirme amacıyla analiz yapılması,
- İnsan Kaynakları ve Kalite bölümleri tarafından, çalışanlarınize eğitim verilmesi,
- Denetim ve Bilgi Sistemleri bölümleri tarafından suistimal ve yetkisiz işlemlerin izlenmesi ve engellenmesi,
- Kalite, Hasta Deneyimi, Bilgi Sistemleri bölümleri tarafından risk yönetimi ve kalite geliştirme aktivitelerinin yerine getirilmesi,
- Hasta Hizmetleri, Mali İşler, Pazarlama bölümleri tarafından hizmetleriniz karlılığında faturalandırma yapılması,
- Hasta Hizmetleri, Mali İşler, Pazarlama bölümleri tarafından hastaneniz ile anlaşmalı olan kurumlarla ilişkinin teyit edilmesi,
- Hastane Yönetimi, Hasta Deneyimi, Hasta Hakları, Çağrı Merkezi bölümleri tarafından bana verilmiş olan/verilecek olan sağlık hizmetlerine ilişkin her türlü soru ve şikâyetime cevap verilebilmesi,
- Hastane Yönetimi, Bilgi Sistemleri bölümleri tarafından hastaneniz sistem ve uygulamalarının veri güvenliği kapsamında tüm gerekli teknik ve idari tedbirlerin alınması,
- Pazarlama, Medya ve İletişim, Çağrı Merkezi bölümleri tarafından kampanyalara katılım ve kampanya bilgisi verilmesi, Web ve mobil kanallarda özel içeriklerin, somut ve soyut faydaların tasarlanması ve iletilebilmesi,
- Hastane Yönetimi, Hasta Hakları, Hasta Deneyimi bölümleri tarafından hasta memnuniyetinin ölçülmesi, artırılması ve artırılması,
- Kurumun işbirliği içerisinde olduğu eğitim kurumları tarafından eğitim ve öğretim faaliyetlerinin yerine getirilebilmesi amacıyla.

Yukarıda belirtilen "Kişisel ve Özel Nitelikli Verilerimin" Memorial Hizmet ve dış hizmet sağlayıcıların bünyesinde fiziki ve elektronik arşivlerde büyük bir titizlik ve mevzuat hükümlerine riayet edilerek muhafaza edilebileceği konusunda detaylı olarak bilgilendirildim.

Kişisel Verilerin Aktarılması

Kişisel verilerim, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağılı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, Özel Hastaneler Yönetmeliği, Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Korunması Yönetmeliği ve Sağlık Bakanlığı düzenlemeleri ve sair mevzuat hükümleri çerçevesinde ve yukarıda açıklanan amaçlarla;

- Sağlık Bakanlığı, bakanlık başlı alt birimler ve aile hekimliği merkezleri ile,
- Özel sigorta şirketleri (sağlık, emeklilik, hayat sigortası ve benzeri),
- Sosyal Güvenlik Kurumu ile,
- Emniyet Genel Müdürlüğü ve diğer kolluk kuvvetleri ile,
- Nüfus Genel Müdürlüğü ile,
- Türkiye Eczacılar Birliği ile,
- Adli makamlar ile,
- Tıbbi teşhis ve tedavi için Memorial Hizmet olarak işbirliği içerisinde olduğunuz yurt içinde veya yurtdışında bulunan laboratuvarlar, tıp merkezleri, ambulans, tıbbi cihaz ve sağlık hizmeti sunan kurumlar ile,
- Sevk edilmem durumunda sevk edildiğim veya kendi başvurduğum başka bir sağlık kuruluşu ile,
- Yetki vermiş olduğum kanuni temsilciler ile,
- Çalışmakta olduğunuz avukatlar, vergi danışmanları ve denetçiler de dâhil olmak üzere danışmanlık aldığınız üçüncü kişiler ile,
- Düzenleyici ve denetleyici kurumlar ve resmi merciler ile,

MEMORIAL

- Yurt içindeki veya yurt dışındaki sistemlere ve/veya Hastane'nizin bağlı bulunduğu şirketler topluluğu bünyesindeki İstanbul Memorial Sağlık Yatırımları A.Ş., Antalya Deva Özel Sağlık Hizmetleri A.Ş., Memorial Tesis ve Tedavi Hizmetleri A.Ş., İMH Sağlık Hizmetleri Temizlik Yönetim Danışmanlığı Güvenlik Sistemleri San. ve Dış Ticaret A.Ş., Merkez Farma Ecza Deposu A.Ş. ile,
- Faturalandırmamı i verene yapılacak olması durumunda bu amaçla i verim ile,
- Şirket olarak hizmetlerinden faydalandığınız veya i birli i içerisinde olduğunuz tedarikçiler, destek hizmet sağlayıcıları, ar iv hizmeti sağlayıcıları ve i ortaklarınız (daha detaylı bilgi için hastanemize yazılı başvurarak bilgi edinebileceğimi biliyorum) ile paylaşılabilir.

Kişisel Veri Toplamının Yöntemi ve Hukuki Sebebi

Kişisel verilerimin, her türlü sözlü, yazılı, görsel ya da elektronik ortamda, yukarıda yer verilen amaçlar ve Memorial Hizmet' in faaliyet konusuna dahil her türlü i in yasal çerçevede yürütülebilmesi ve bu kapsamda Memorial Hizmet' in akdi ve kanuni yükümlülüklerini tam ve gereği gibi ifa edebilmesi için toplanmakta ve i lenmekte olduğum konusunda bilgilendirildim.

bu kişisel verilerimin toplanmasının hukuki sebebi;

- 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu,
- 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu,
- 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağı Kurullarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname,
- Özel Hastaneler Yönetmeliği,
- Kişisel Sağlık Verilerinin i lenmesi ve Mahremiyetinin Korunması Yönetmeliği,
- Sağlık Bakanlığı düzenlemeleri ve sair mevzuat hükümleridir.

Ayrıca, Kanun'un 6. maddesi 3. fıkrasında da belirtildiği üzere sağlık ve cinsel hayata ilişkin kişisel veriler ise ancak kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi amacıyla, sır saklama yükümlülüğü altında bulunan kişiler veya yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından açık rızam aranmaksızın i lenebileceğimi biliyorum.

Kişisel Verilerin Korunmasına Yönelik Haklarınız

Kanun ve ilgili mevzuatlar uyarınca;

- Kişisel verilerimin i lenip i lenmediğini öğrenme,
- Kişisel verilerim i lenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
- Kişisel sağlık verilerime erişim ve bu verileri isteme,
- Kişisel verilerimin i lenme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
- Yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme,
- Kişisel verilerimin eksik veya yanlış i lenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme,
- Kişisel verilerimin silinmesini veya yok edilmesini isteme,
- Kişisel verilerimin eksik veya yanlış i lenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesine ve/veya kişisel verilerimin silinmesini veya yok edilmesine ilişkin i lenmelerin kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,
- i lenen verilerimin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle kendi aleyhime bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,
- Kişisel verilerimin kanuna aykırı olarak i lenmesi sebebiyle zarara uğramam hâlinde zararın giderilmesini talep etme haklarına sahip olduğum konusunda tarafıma bilgi verildi.

MEMORIAL

Kanun kapsamındaki taleplerimi, "www.memorial.com.tr" web adresindeki "**Ki isel Verilerin Korunması Kanunu Uyarınca Ba vuru Formu**" nu doldurarak;

- Kaptanpa a Mahallesi Halit Ziya Türkkan Sok Famas Plaza C Blok i li/ stanbul adresine bizzat teslim edebilece imi,
- Noter kanalıyla gönderebilece imi biliyorum.

Türk Böbrek Vakfı stanbul Özel Memorial Hizmet Hastanesi Ahmet Ermi Diyaliz Merkezi ktisadi l., ("Memorial Hizmet") tarafından hazırlanan **Ki isel Verilerin lenmesi Hakkında Aydınlatma/ Bilgilendirme** metnini okudu umu ve anladı ımı,

Ki isel Verilerin lenmesi Hakkında Aydınlatma/ Bilgilendirme metninde detaylı olarak yer alan ki isel verilerimin i lenme amaçları, aktarıldı ı kurum, kurulu , irket ve sa lık profesyonelleri, toplanma yöntemleri ve hukuki sebepleri, ki isel verilerimin korunmasına yönelik haklarım, veri güvenli i ve ba vuru hakkıma dair bilgilendirildi imi,

Ki isel ve Özel Nitelikli verilerimin; sözle menin ifası, kanunda açıkça öngörülmesi, Memorial Hizmet' in hukuki yükümlülü ünü yerine getirebilmesi için zorunlu olması ve kamu sa lı ının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbî te his, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sa lık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi amaçları ile gerekti i ölçüde i lenmesi ve aktarılması halleri haricinde **Ki isel Verilerin lenmesi Hakkında Aydınlatma/ Bilgilendirme** metninde belirtilen hususlara uygun olarak muhafaza edilmesi, i lenmesi ve aktarılmasını,

AÇIK RIZAM ile KABUL ED YORUM.

**Hasta Hakları Yönetmeli i gere i; formun 1 sureti size verilecektir. Form tarafınıza verilmedi inde bildiriniz.*

ONAM

Kendi el yazınız ile "Okudu umu anladım" yazınız:.....

Hasta Adı Soyadı..... mza:.....Tarih:/...../..... Saat:.....

Hasta Yakını Adı Soyadı:..... mza:.....Tarih:/...../..... Saat:.....

Yakınlık Derecesi:

Hasta Yakını Adı Soyadı:..... mza:.....Tarih:/...../..... Saat:.....

Yakınlık Derecesi:

Hasta Yakınından Onam Alınma Nedeni:

- Hasta 19 ya ından gün almamı (*Her iki ebeveynden -anne ve baba- imza alınır. Ancak bo anmı aile ise imza velayet sahibi ebeveynden alınır*)
- Temyiz kudretine haiz de il /karar verme yetisi yok (*Vasisi ya da yasal temsilcisinden imza alınır*)
- Bilinci kapalı

TERCÜMAN (Hastanın Dil / leti im Problemi var ise)

Görü üme göre tercüme etti im bilgiler hasta/hasta yakını tarafından anla ılmı tır.

Tercüme Yapanın Adı Soyadı:..... mza:Tarih:/...../..... Saat:.....