

**REZİDANS ÖZEL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ TİC. SAN. A.Ş.
HASTA YAKINI YETKİLENDİRME AÇIK RIZA METNİ**

Rezidans Özel Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Tic. San. A.Ş. ("**Şirket/Dental Rezidans**") olarak kişisel verilerinizin güvenliğini sağlanmasına son derece önem vermekteyiz. Bu kapsamda 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("**KVK Kanunu**") uyarınca kişisel verilerinizin işlenmesi ve üçüncü kişilere aktarımı süreçlerinde, kişisel verilerinizin hukuka aykırı olarak işlenmesini ve erişilmesini önlemek ve muhafazasını sağlamak için uygun güvenlik düzeyini sağlamak adına gerekli tedbirleri almaktayız.

Ayrıca Kişisel Sağlık Veri Yönetmeliği'nin 9. maddesi ile yapılan atıf gereği Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 18/3. maddesinde "*Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir.*" şeklinde düzenlenen hüküm uyarınca Dental Rezidans bünyesinde sağlık hizmetinden faydalanan hastaların bilgileri yalnızca kendileri ile paylaşılmaktadır. Ancak hastanın işbu belge ile yetkilendirmiş olduğu yakınına –*Dental Rezidans'ın veri politikalarına uygun olarak*- hastanın sağlık bilgileri de dahil olmak üzere Dental Rezidans bünyesinde elde edilmiş olan kişisel verileri paylaşılabilir, bilgilendirme yapılabilir.

Bu kapsamda hasta tarafından aşağıda bulunan bilgilerin doldurulması gerekmektedir:

KVK Kanunu ve Hasta Hakları Yönetmeliği'nde bulunan ilgili maddeler uyarınca Dental Rezidans bünyesinde sağlanmakta/sağlanacak olan sağlık hizmetleri kapsamında tarafıma yapılacak bilgilendirmelerin aşağıda ad-soyad, telefon numarası, adres ve yakınlık derecesini belirtmiş olduğum yakınıma da yapılabileceğine, yapılacak bilgilendirme kapsamında ilgili özel nitelikli verilerimden olan sağlık verilerim de dahil olmak üzere kişisel verilerimin yakınımla paylaşılabilirliğine herhangi bir etki altında kalmaksızın açık bir şekilde rıza gösterdiğimi kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Yetkili Kılınan Hasta Yakını Bilgileri:

Hasta Yakını Adı Soyadı:

Hasta Yakını Telefon Numarası:

Hasta Yakını Adresi:

Hasta Yakını Yakınlık Derecesi:

Hasta Bilgileri:

Hasta Adı Soyadı:

Hasta Telefon Numarası:

Hasta Adresi:

Tarih:

Hastanın İmzası: