

DR. AYŞE SALTİK
KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASINA İLİŞKİN HASTA YASAL TEMSİLCİSİ/HASTA
YAKINI AYDINLATMA METNİ

Veri Sorumlusu olarak Dr. Ayşe Saltık ("**Doktor/İşveren**"),

➤ Sağlık hizmeti sağlanan/sağlanacak hastanın yasal temsilcisinin ve/veya hasta yakınının (*Yasal temsilci için: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne - baba, bunların bulunmaması durumunda 1. derece kanuni mirası*);

- Adı soyadı ve imza, TC kimlik numarası şeklindeki kimlik bilgileri,
- Telefon numarası, e-posta adresi ve adres şeklindeki iletişim bilgileri,
- Fatura/ödeme bilgileri,
- Hasta ile yakınlık derecesi,
- -Hasta eşi için- Kimlik örneği, anne baba adı, doğum tarihi, cinsiyet, medeni hali, fotoğraf, görev, unvanı, kan grubu, din bilgisi ve tedavi bilgileri şeklindeki sağlık verileri, tedavi kapsamında cinsel hayat bilgileri,

şeklindeki kişisel verilerini;

➤ Hastaya sağlanan sağlık hizmetleri kapsamında bilgi güvenliği süreçlerinin yürütülmesi, faaliyetlerin mevzuata uygun yürütülmesi, finans ve muhasebe işlerinin yürütülmesi, iletişim süreçlerinin yürütülmesi, iş faaliyetlerinin yürütülmesi/denetimi, müşteri/hasta ilişkileri yönetimi süreçlerinin yürütülmesi, mal/hizmet satış süreçlerinin yürütülmesi, mal/hizmet üretim ve operasyon süreçlerinin yürütülmesi, risk yönetimi süreçlerinin yürütülmesi, sözleşme süreçlerinin yürütülmesi, ücret politikasının yürütülmesi, veri sorumlusu operasyonlarının güvenliğinin temini, saklama ve arşiv faaliyetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi, yetkili kişi kurum ve kuruluşlara bilgi verilmesi amacıyla Doktora sözlü, yazılı, elektronik olmak üzere Doktor tarafından sizler için hazırlanmış belgelerin ibraz edilmesi suretiyle 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("**KVK Kanunu**") m.5/II/a,c,ç,e,f hükmü kapsamında işleyebilmektedir.

➤ Hasta yasal temsilcisinin/hasta yakınının işlenmiş olan kişisel verileri mevzuatla belirlenen sürelerde saklamakta olup mevzuatta ayrıca süre belirlenmemiş olması halinde; kişisel veriler Doktorun o veriyi işlerken sunduğu hizmetlerle bağlı olarak Doktorun uygulamaları ve ticari yaşamın teamülleri uyarınca işlenmesini gerektiren süre kadar ve bu süreden sonra sadece olası hukuki uyumsuzluklarda delil teşkil etmesi amacıyla uygulamada gerekliliği ortaya konulan süreler boyunca saklanmaktadır. Belirtilen sürelerin sona ermesinden sonra KVK Kanunu'nun 7. maddesi uyarınca söz konusu kişisel veriler ilk imha tarihinde silinmekte, yok edilmekte veya anonim hale getirilmektedir.

➤ Hasta yasal temsilcisinin/hasta yakınının işlenen kişisel verileri, işleme amaçlarıyla aynı ve bunlarla sınırlı olarak ve gerektiğinde yurtiçinde bulunan başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere kanunen yetkili kamu kurum ve kuruluşlarına ve hizmet alınan gerçek kişi ve özel hukuk tüzel kişileri/tedarikçi kapsamında sağlık kuruluşlarına, finansal (banka vb.) kuruluşlara, işyeri bünyesinde kullanılan yazılım ve teknik destek sağlayıcılarına KVK Kanunu'nun 8. ve 9. maddelerinde belirtilen kişisel veri işleme şartları ve amaçları çerçevesinde aktarılabilir.

➤ Veri sorumlusu sıfatıyla Doktor başvurarak; işlenen kişisel verileriniz hakkında KVK Kanunu'nun 11. maddesinde sayılan haklarınızla her zaman bilgi talep edebilir, verilerin amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını araştırabilirsiniz. Bu kapsamda KVK Kanunu ve 10.03.2018 tarihinde yayımlanan Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ hükümlerine ve ilgili güncel mevzuata uygun olarak <https://draysesaltik.com/wp-content/>

uploads/2022/08/kvkk_basvuru_formu.pdf adresinde yer alan “KVK İlgili Kişi Başvuru Formu” nu kullanarak;

- YDA Center A3 Blok Kat 11 Daire 476, 06510 Çankaya/Ankara adresine bizzat/elden teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir,
- info@draysesaltik.com adresine e-posta aracılığı ile iletebilirsiniz.

İlgili kişinin kendisi dışında bir kişinin talepte bulunması için konuya ilişkin olarak ilgili kişi tarafından başvuruda bulunacak kişi adına düzenlenmiş noter tasdikli özel vekâletname bulunmalıdır.

Bu kapsamda usulüne uygun bir şekilde Doktora iletceğiniz talepleriniz, en geç otuz gün içerisinde neticelendirilecektir. Söz konusu taleplerinizin neticelendirilmesi ayrıca bir maliyeti gerektirmesi halinde, Doktor tarafından başvuru sahibinden Kişisel Verileri Koruma Kurulu (“**Kurul**”) tarafından belirlenen tarifedeki ücret alınacaktır. Doktor tarafından CD, flash bellek gibi bir kayıt ortamı üzerinden başvurunuza cevap verilmesi halinde ise kayıt ortamının maliyetini geçmeyecek şekilde belirlenen ücret talep edilebilecektir.

Doktor, başvuruda bulunan kişinin kişisel veri sahibi olup olmadığını tespit etmek adına ilgili kişiden bilgi talep edebilir, başvuruda belirtilen hususları netleştirmek adına, ilgili kişiye başvurusu ile ilgili soru yöneltebilir.

Kişisel veri sahibi KVK Kanunu’nun 14. maddesi gereğince başvurunun reddedilmesi, verilen cevabın yetersiz bulunması veya süresinde başvuruya cevap verilmemesi hâllerinde; Doktorun cevabını öğrendiği tarihten itibaren otuz ve her hâlde başvuru tarihinden itibaren altmış gün içinde Kurul’a şikâyette bulunabilir.

DR. AYŞE SALTİK
KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASINA İLİŞKİN HASTA YASAL TEMSİLCİSİ/HASTA
YAKINI AÇIK RIZA METNİ

“Dr. Ayşe Saltık Kişisel Verilerin Korunmasına İlişkin Hasta Yasal Temsilcisi/Hasta Yakını Aydınlatma Metni”nde belirtilenler doğrultusunda aşağıda “**izin veriyorum**” şeklinde işaretlenen hususlarda herhangi bir etki altında kalmaksızın açık bir şekilde rıza gösterdiğimi kabul, beyan ve taahhüt ederim.

- Şirket tarafından KVK Kyaanunu ve aydınlatma metnine uygun bir biçimde elde edilen sağlık verilerimin ve kimlik belgemde bulunan kan grubu ve din bilgisi şeklindeki özel nitelikli verilerimin aydınlatma metninde belirtilen amaçlara uygun bir biçimde işlenmesine,

İZİN VERİYORUM. / İZİN VERMİYORUM.

- Doktor tarafından sağlanan sağlık hizmetleri kapsamında işlenen özel nitelikli verilerimin aydınlatma metninde belirtilen amaçlara uygun bir biçimde *-Doktor bünyesinde gerçekleştirilemeyen tahlil işlemlerinin yerine getirilmesi adına-* laboratuvar şirketlerine aktarılmak ve muhafaza edilmek suretiyle işlenmesine *-Bu bölüm laboratuvara yönlendirilecek kişilere özgüdür-*

İZİN VERİYORUM. / İZİN VERMİYORUM.

Ad- Soyad :

Tarih :

İmza :