



**Diş Hekimliği**  
Uyg. ve Arş. Merk.

**VERİ SAHİBİ AÇIK RIZA BEYAN FORMU**

KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA NO/SAYFA SAYISI
DHUYAM.02	17.02.2022	02	26.10.2023	1 / 1

Sayın hastamız,

6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" gereğince, kişisel verilerimin, özel nitelikli kişisel verilerimin, iletişim bilgilerimin işlenmesine, tarafımca sözlü/yazılı ve/veya elektronik ortamda verilen kimliğimi ve iletişim bilgilerimi belirleyen veya belirlemeye yarayanlar da dahil olmak üzere her türlü kişisel verimin, Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi tarafından işlenmesine; kişisel veriler ve iletişim bilgilerinin 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu"nda tanımlanan kapsamda doğrudan veya dolaylı olarak ilgili olan kimlik bilgilerinin, adres bilgilerinin, iletişim bilgilerinin, fotoğrafların ve sair kişisel verilerin; başta mevzuatta öngörülen veya işlendikleri amaç için gerekli olan süre kadar muhafaza edilme ilkesi olmak üzere 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("KVK Kanunu") 4. maddesinde ifade edilen genel ilkelere uygun şekilde işlenebileceğini; elde edilebileceğini, kaydedilebileceğini, işleme amacıyla uygun süre zarfında fiziksel veya elektronik ortamda güvenli bir şekilde depolanabileceğini, muhafaza edilebileceğini, değiştirilebileceğini, yeniden düzenlenebileceğini, mevzuata uygun biçimde açıklanabileceğini ve aktarılabilceğini, devralınabileceğini, sınıflandırılabilceğini, işlenebileceğini ya da verilerin kullanılmasının engellenebileceğini; yukarıda belirtilen hususlarla ilgili olarak Fakültemiz tarafından bilgilendirildiğimi ve KVK Kanunu çerçevesinde açık rızam bulunduğunu kabul ve beyan ederim.

KVK Kanunu'nda tanımlanan özel nitelikli kişisel verilerim de dahil olmak üzere ilgili kişisel verilerimin işlenmesine, ilgili süreç kapsamında işleme amacı ile sınırlı olmak üzere kullanılmasına ve paylaşılmasına, gereken süre zarfında saklanmasına açık rızam olduğunu ve bu hususta tarafıma gerekli aydınlatmanın yapıldığını; işbu metni, Fakültemiz Kişisel Verilerin Korunması ve İşlenmesi Yönetmeliğini ve Aydınlatma Metnini okuduğumu ve anladığımı;

**HASTA ONAMI**

Tarih: ...../...../.....

**KABUL EDİYORUM**

**KABUL ETMİYORUM**

**Bilgilendirme yapan Hekimin;**

Adı :

Soyadı :

Tarih/Saat:

İmzası :

**Hastanın;**

T.C. Kimlik No:

Adı :

Soyadı :

Adresi :

İmzası :

**Hasta Yakınının**

**(18 yaşından küçük hastalar için);**

Adı :

Soyadı :

Yakınlık Derecesi:

İmzası :