



Dr. Kerem ÇOLAKOĞLU

## KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI ONAM FORMU

Yetkili Hekim tarafından uygulanabilen tıbbi işlemlerin tarafınıza başarıyla uygulanabilmesi, tedavinizin gelişiminin doktorunuz tarafından gözlemlenmesi ve geliştirilebilmesi, komplikasyon süreçlerinin başarıyla yönetilebilmesi, hasta dosyanızın oluşturulabilmesi, doktorunuzun tedavinize ilişkin akdi, kanuni, idari ve mali yükümlülüklerini yerine getirebilmesi ve kişisel verilerinizi veri sorumlusu olarak sisteme işlemesi amacıyla vereceğiniz Kişisel Verileriniz ve Özel Nitelikli Kişisel Verileriniz, 6698 sayılı Kişisel Verileri Koruma Kanunu (KVKK) ve Avrupa Birliği Genel Veri Koruma Tüzüğü (GDPR) hükümlerine uygun olarak ve tarafınıza sunulan “Kişisel Verilerin Korunmasına İlişkin Aydınlatma Metni” kapsamında sır saklama yükümlülüğü altında bulunan doktorunuz tarafından işlenecek ve mevzuatta yer alan tüm idari ve teknik tedbirler alınmak suretiyle muhafaza edilecektir. KVKK ve GDPR hükümleri kapsamında kullanabileceğiniz haklarınız KVK Aydınlatma Metni ile tarafınıza bildirilmiş olup, KVK aydınlatma metnimize dilediğiniz zaman [www.drkeremcolakoglu.com](http://www.drkeremcolakoglu.com) sayfasından ulaşabilirsiniz.

Aşağıda adımın yazılı olduğu yeri imzalayarak bu bilgilendirme ve onam formunu okuduğumu, doktorum tarafından bana uygulanacak işlem konusunda sözlü ve yazılı olarak anlayabileceğim bir dilde bilgilendirildiğimi, bütün sorularımın yanıtladığımı ve benim için gerekli olan tüm bilgileri edindiğimi, Dr.Kerem Çolakoğlu'nun bana tıbbi işlemleri yapmasına özgür ve açık irademle izin verdiğimi, uygulanacak işlemin tıp kurallarına uygun olarak başarıyla yapılabilmesi için vereceğim Kişisel Verilerimin ve Özel Nitelikli Kişisel Verilerimin (Sağlık verilerimin, fotoğraf/video görüntülerimin) KVKK/GDPR uyarınca ve KVK Aydınlatma Metni kapsamında doktorum tarafından işlenmesine özgür ve açık irademle izin verdiğimi, doktoruma vermiş olduğum bilgilerimin doğru ve güncel olduğunu, tıbbi işlemler sonrasında yukarıda belirtilen yan etkilerin görülmesi durumunda öncelikle doktoruma başvurarak tıbbi müdahale alacağımı, başka bir doktora başvurarak tıbbi müdahale almam durumunda Dr.Kerem Çolakoğlu'nun diğer doktorun müdahalesinden sorumlu olmayacağını, yan etki sonrası komplikasyon sürecinin yönetilmesi için doktoruma başvurup gerekli tıbbi müdahaleyi alarak sonuçlandırmadan ve/veya görülen istenmeyen sonuçların komplikasyon değil de doktor hatasından kaynaklandığı yönünde alınan bir yargı kararı bulunmadan kamuya açık sosyal mecralarda doktorum aleyhine herhangi bir paylaşımında bulunmayacağımı, aksi takdirde doktorumun uğrayacağı her türlü zarardan sorumlu olacağımı, tarafıma bildirilen kontrol tarihine uymamam neticesinde oluşabilecek olumsuzluklardan ve/veya beklenen etkinin görülmemesinden Dr. Kerem Çolakoğlu'nun sorumlu olmayacağını, özgür irademle beyan, kabul ve taahhüt ederim.

**Tarih:**

**Hasta Adı Soyadı:**

**İmza:**

**Sorumlu Doktor:**

**Dr. Kerem ÇOLAKOĞLU**

**İmza:**