**HASTA FORMU**

**ADI VE SOYADI : CİNSİYETİ :**

**TC KİMLİK NO :**

**DOĞUM TARİHİ VE YAŞI: DOĞUM YERİ :**

**ACİL DURUMLARDA GEREKLİ OLMASI HALİNDE:**

**VELİ ADI VE SOYADI:**

**YAKINLIK DERECESİ :**

**ADRESİ :**

**TELEFON NUMARASI :**

**AÇIK RIZA BEYANI**

**Yasal mevzuat gereği işlenmesi kişinin açık rızasına bağlı olmayan haller hariç olmak üzere yukarıda belirtilen kişisel verilerinizin aşağıda belirtilen amaçlarla saklanmasına ve işlenmesine açık rızanız bulunması halinde, el yazınızla, okudum, açık rıza veriyorum yazıp imzalamanız gerekmektedir. Açık rızanız bulunmasa dahi hizmetlerimizden yararlanmaya devam edebilirsiniz.**

Kliniğimizin iç prosedürlerinin planlanması ve yönetilmesi; Sunulan hizmetler hakkında geri bildirimler alınarak ilgili kişinin memnuniyetinin artırılması ve sağlık hizmetlerini geliştirme amacıyla analiz yapılması; Çalışanlarımızı eğitme ve geliştirme, çalışanlarımızın özlük süreçlerini ve yasal haklarını koruma; Suiistimal ve yetkisiz işlemlerin izlenmesi ve engellenmesi; Risk yönetimi araştırma yapılması; Sağlık hizmetlerimize ilişkin her türlü soru ve şikâyetinize cevap verebilmesi, size sunduğumuz sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi; Sağlık hizmetlerini kullanımınızı analiz etme, takip etme ve gerekli olması halinde, kontrol zamanınızın geldiğinin hatırlatılması; Hasta memnuniyetinin ölçülmesi; Hasta memnuniyetinin arttırılması; İlgili kişinin hastalık seyrinin takip edilmesi ve ilgili kişinin başvurusu halinde bu bilgilerin kendisi ile paylaşılması; Hastalığın seyrine göre gerekli yönlendirmelerin yapılması; İlgili kişinin sağlığının ve hastalık seyrinin düzenli bir şekilde takip edilerek istatiksel bilgilerin oluşturulabilmesi, Kliniğimiz tarafından yenilenen ve güncellenen hizmetler konusunda bilgilendirmelerin yapılması; Kliniğimiz tarafından ilgili kişi lehine kampanyaların oluşturulması halinde bundan yararlanılmasının sağlanması amacıyla bilgilendirmenin yapılması

Bilimsel amaçlı makale ve bildirimlerin alınması, E-Bülten bildirimlerinin yapılması; Acil durumlarda haber verilmek üzere yakınınıza ulaşılması

***Bir sayfadan ibaret aydınlatma metni tarafımca okunmuştur. Kişisel verilerin hangi amaçla işleneceği ve işlenen verilerin hangi amaçla kullanılabileceği konularında bilgi sahibi oldum. Kişisel verilerin korunması kanunu kapsamında yukarıda verdiğim kişisel verilerin toplanması, saklanması ve işlenmesi ve belirtilen amaçlar dahilinde kullanılması konusunda açık rızam bulunmaktadır.***

 **Tarih**

 **Ad Soyad**

 **İmza**