

ONAM FORMU

Özel Patolab Patoloji Laboratuvarı adına veri sorumlusu sıfatıyla Uzm. Dr. Safiye Çetin tarafından hazırlanan **Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma/Bilgilendirme Metnini** okuduğumu ve anladığımı ,

Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma/Bilgilendirme Metni'nde detaylı olarak yer alan kişisel verilerimin işleme amaçları, aktarıldığı kurum, kuruluş, şirket ve sağlık personelleri, toplanma yöntemleri ve hukuki sebepleri, kişisel verilerimin korunmasına yönelik haklarım, veri güvenliği ve başvuru hakkıma dair bilgilendirildiğimi,

Kişisel ve Özel Nitelikli verilerimin; sözleşmenin ifası, kanunda açıkça öngörülmesi, Ünlü Tıbbi Tahlil Laboratuvarı'nın hukuki yükümlülüğünü yerine getirebilmesi için zorunlu olması ve kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi amaçları ile gerektiği ölçüde işlenmesi ve aktarılması halleri ile **Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma/ Bilgilendirme** metninde belirtilen hususlara uygun olarak muhafaza edilmesi, işlenmesi ve aktarılmasını

AÇIK RIZAM ile KABUL EDİYORUM.

İMZA:

ONAM

Kendi el yazınız ile "Okuduğumu anladım" yazınız:

Laboratuvar sonuçlarımın sağlık hizmetleri kapsamında ilgili hastane ve hekimime aktarılmasını ve bu aktarımın whatsapp/mail gibi iletişim kanallarıyla da gerçekleştirilebilmesini istiyorum ve onaylıyorum.

Hasta

Adı-Soyadı.....

İmza:.....Tarih:...../...../.....Saat:.....

Hasta Yakını Adı Soyadı:.....

İmza:.....Tarih:...../...../.....Saat:.....

Yakınlık Derecesi:

Hasta Yakınından Onam Alınma Nedeni:

• Hasta 19 yaşından gün almamış (Her iki ebeveyn -anne ve baba- imza alınır. Ancak boşanmış aile ise imza velayet sahibi ebeveyn alınır) • Temyiz kudretine haiz değil /karar verme yetisi yok (Vasisi ya da yasal temsilcisinden imza alınır) • Bilinci kapalı