

**GRUP FLORENCE NIGHTINGALE**

**6698 SAYILI KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU KAPSAMINDA**

**HASTA AÇIK RIZA METNİ**

Grup Florence Nightingale Hastaneleri A.Ş., Göktürk Florence Nightingale Tıp Merkezi A.Ş., Florence Nightingale Tıp Merkezi A.Ş., İstanbul Florence Nightingale Hastanesi A.Ş., Fulya Sağlık Tesisleri ve Tic. A.Ş (bundan böyle hep birlikte **“Grup Florence Nightingale Hastaneleri”** olarak anılacaktır) sağlık hizmetlerinden yararlanmak üzere sunduğum “Sağlık ve Cinsel Hayat Bilgisi” kategorisine giren kişisel verilerimin tarafıma sağlık hizmetlerinin sunulması, kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetlerinin finansmanının planlanması ve yönetilmesinin sağlanması amaçlarıyla 6698 sayılı Kanunun 6/3 maddesi uyarınca sır saklama yükümlülüğü altında olmayan kişiler tarafından işlenmesi, yine aynı kişisel verilerimin hasta kayıt işlemlerinin yürütülmesi, randevuların oluşturulması, sevk işlemlerimin yerine getirilmesi, sağlık hizmetleri kapsamında anlaşmalı kurumlarla hukuki irtibatımın teyit edilmesi, faturalandırma ve finansal mutabakatın sağlanması, özel sağlık sigortası süreçlerimin yürütülmesi ve provizyon işlemlerinin yapılması, hasta kayıtlarımın tutulması ve yasal olarak yapılması gereken bildirimlerin ilgili kurumlara yapılması, hukuki uyumazlıklarda ve ihtilaflarda şirketin haklarının savunulması içim kullanılması ve aydınlatma metninde belirtilen amaçlarla Grup Florence Nightingale Hastaneleri Grup şirketleri ile paylaşılması amaçlarıyla işlenmesine;

Mevzuattan kaynaklanan yükümlülöklere istinaden Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere her türlü düzenleyici ve denetleyici kamu/özel kurum ve kuruluşları ile yargı mercilerine açıklanmasına ve aktarılmasına;

Açık rızam doğrultusunda saklanması, değıştirilmesi, yeniden düzenlenmesi, sınıflandırılması gibi aydınlatma metninde açıkça belirtilen yöntemlerle kişisel verilerimin Anayasal güvenceler ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve bağılı mevzuatlar kapsamında belirlenen ilke ve güvenceler çerçevesinde işlenmesine ve aktarılmasına açık rıza veriyorum.

**Hasta Adı Soyadı :**

**Tercüman Adı Soyadı:**

**Telefon Numarası :**

**Telefon Numarası :**

**E-posta Adresi :**

**E-posta Adresi :**

**Tarih :**

**Tarih :**

**İmza :**

**İmza :**