KMÜ Ahmet Keleşoğlu Diş Hekimliği Fakültesi tarafından; tanı-tedavi hizmeti almak üzere tarafımdan verilen kişisel bilgiler ile sağlık hizmeti sonucu edinilen her türlü kişisel bilgimin, USVS 2.0 kapsamında Sağlık Bakanlığına gönderilmesine yönelik diş hekimlerine ve sağlık kuruluşlarına yükümlülük getirildiğini öğrendim.

İstenen bilgiler içinde; T.C. kimlik numarası, sağlık geçmişi, hastalık şikâyetleri, hastanın öyküsü (anemnezi), hastanın kabul şekli (sevkli olup olmadığı) Ağız ve diş sağlığı ile ilgili tüm koruyucu hekimlik, teşhis ve tedavi işlemlerinin yer aldığı bana anlatıldı.

KMÜ tarafından gönderilmesi istenen şahsıma ait kayıtların, korunması gereken kişisel verilerin başında yer aldığını, rızam olmaksızın bu bilgilerimin, tanı, tedavi ve tetkik işlemlerini gerçekleştiren hekim ve sağlık personeli dışında kalan kişi ve kurumlara verilmesinin özel hayatımın gizliliğinin korunması hakkıma müdahale olduğunu biliyorum.

Anayasa’nın 20. Maddesinde*;* herkesin özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahip olduğu, özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine dokunulamayacağı, herkesin kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahip olduğu, kişisel verilerin ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebileceğinin yer aldığı hatırlatıldı. Kişisel verilerin korunmasına ilişkin esas ve usuller kanunla düzenlenir, ”hükümlerinin bulunduğu bana aktarıldı.

KMÜ Ahmet Keleşoğlu Diş Hekimliği Fakültesinin toplanacak bilgiler ile kişisel sağlık veri kaydı oluşturacağını, toplanan bilgilerin, kişisel bilgilerden arındırılarak analizlerinin yapılacağı ve sonuçların sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve sağlık politikalarının oluşturulmasında kullanılacağını belirttiği ve bu bilgilerin toplanması için hastaların rıza göstermesini aramadığı tarafıma açıklandı.

Bütün bu bilgiler ışığında tanı ve tedavi hizmetleri kapsamında gerek tarafımdan aktarılan gerekse sağlık hizmeti kapsamında öğrenilen kişisel bilgilerimin KMÜ Ahmet Keleşoğlu Diş Hekimliği Fakültesi’ne aktarılmasına onay veriyorum/onay vermiyorum.

|  |  |
| --- | --- |
| **Tarih:** |  |
| **Hasta veya Hastanın Yasal Temsilcisinin (Yakınlık Derecesini Belirtiniz) Adı Soyadı:** |  |
| **İmzası:** |  |

**Bilgilendirmeyi Yapan:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tarih:** |  |
| **Bilgilendirmeyi ve İşlemi Gerçekleştirenin Adı Soyadı:** |  |
| **İmzası:** |  |