

VRM VETERİNER RADYOLOJİ MERKEZİ

HASTA YAKINI AÇIK RIZA METNİ

6698 sayılı **Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK)** kapsamında, özel nitelikli kişisel veri niteliğindeki **tıbbi görüntüler, radyoloji raporları, sağlık verileri ve kimlik/iletişim bilgilerimin**, VRM Veteriner Radyoloji Merkezi ("VRM") tarafından aşağıda belirtilen amaçlar doğrultusunda işlenmesine **açık rıza** verdiğimi beyan ederim.

1. Rıza Verilen Veri Kategorileri

Aşağıdaki kişisel verilerimin işlenmesine açıkça rıza veriyorum:

- Evcil hayvanıma ait BT, MR, USG ve diğer görüntüleme verileri
- Radyoloji raporları ve tıbbi değerlendirmeler
- Yönlendirme notları ve klinik öykü
- Kimlik ve iletişim bilgilerim
- Randevu, işlem ve merkez içi kayıtlar

2. Veri İşleme Amaçları

Verilerimin aşağıdaki amaçlarla işlenmesine rıza veriyorum:

- Tanısal görüntüleme hizmetlerinin gerçekleştirilmesi
- Radyoloji raporlarının hazırlanması ve tarafıma iletilmesi
- Sonuçların yönlendiren veteriner hekime aktarılması
- Tıbbi danışmanlık süreçlerinin yürütülmesi
- Ücretlendirme, faturalandırma ve operasyonel süreçlerin yürütülmesi
- Hizmet kalitesinin artırılması ve hasta güvenliğinin sağlanması

3. Veri Aktarımı

Aşağıdaki kişi ve kurumlara veri aktarımına rıza veriyorum:

- **Yönlendiren veteriner hekime**
- **Yasal olarak yetkili kamu kurum ve kuruluşlarına**
- **Teknik altyapı hizmeti sağlayıcılarına** (PACS, tıbbi görüntüleme yazılımları vb.)
- **Talebim hâlinde bana veya yetkilendirdiğim kişilere**

Verilerimin ticari amaçlarla üçüncü kişilere aktarılmasına **izin vermediğimi** ayrıca beyan ederim.

4. Saklama, İşleme ve Güvenlik

KVKK kapsamında verilerimin:

- VRM tarafından güvenli sunucu altyapısında saklanmasına,
- Yalnızca yetkili personel tarafından erişilmesine,
- Yasal saklama süresi sonunda güvenli şekilde imha edilmesine

rıza gösteriyorum.

5. Haklarım Konusunda Bilgilendirildiğimi Beyan Ederim

KVKK'nın 11. maddesi uyarınca sahip olduğum:

- Verilerime erişme,
- Düzeltme,
- Silme/yok edilmesini talep etme,
- Aktarıldığı kişi ve kurumları öğrenme,
- İşlemenin sınırlandırılmasını isteme

gibi haklarım konusunda bilgilendirildiğimi beyan ederim.

6. Rızanın Niteliđi

Bu açık rıza metnini:

- Kendi özgür irademle,
- Hiçbir baskı altında olmadan,
- Aydınlatma Metni'ni okuyup anladıktan sonra

imzaladığımı kabul ederim.

Hasta Sahibi Bilgileri

Adı Soyadı:

T.C. Kimlik No:

Telefon:

E-Posta:

İmza: _____

Tarih: ____ / ____ / 20__