

## Kişisel Verilerin İşlenmesi Açık Rıza Metni

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) uyarınca, kişisel verilerimin ve özel nitelikli kişisel verilerimin (sağlık verilerimin) veri sorumlusu **Muhammed Keskin Muayenehanesi / Sağlık Hizmetleri** tarafından hangi amaçlarla işleneceği, aktarılacağı ve haklarım konusunda "Aydınlatma Metni" ile tam ve açık bir şekilde bilgilendirildim.

Bu doğrultuda, web sitesinde (drmuhammedkeskin.com) sunulan randevu sistemi, iletişim formları, e-bülten üyelikleri ve dijital sağlık hizmeti kanallarının etkin bir şekilde yürütülebilmesi, takip edilebilmesi ve kişiselleştirilmiş bilgilendirme hizmetlerinin tarafıma ulaştırılması amacıyla aşağıda belirtilen veri işleme faaliyetlerine özgür irademle onay veriyorum.

### AÇIK RIZA BEYANI

Aydınlatma Metni'nde belirtilen ilkeler ve amaçlar doğrultusunda;

Randevu planlaması, ön tıbbi değerlendirme süreçlerinin yürütülmesi ve sağlık durumuma uygun bilgilendirmelerin yapılabilmesi amacıyla; paylaşmış olduğum sağlık durumum, semptomlarım, geçmiş tıbbi tetkiklerim ve klinik şikayetlerim dahil olmak üzere tüm **Özel Nitelikli Kişisel Verilerimin (Sağlık Verileri)**, Muhammed Keskin Muayenehanesi tarafından yasal mevzuata uygun olarak işlenmesine,

Süreçlerin yürütülmesi adına altyapı, sunucu, bulut bilişim hizmeti, CRM sistemleri ile randevu/iletişim otomasyonu sağlayan yurt içi ve yurt dışı merkezli güvenli teknoloji tedarikçilerine yasal teknik önlemler dahilinde aktarılmasına,

Ayrıca tarafıma sağlık, yaşam tarzı, kardiyoloji alanındaki güncel tıbbi gelişmeler, bilgilendirici e-bültenler, muayenehane hizmet duyuruları ve randevu hatırlatmalarının yapılması amacıyla kimlik ve iletişim bilgilerimin işlenerek tarafıma **SMS, e-posta ve telefon yoluyla ticari elektronik ileti** gönderilmesine;

Hiçbir baskı altında kalmadan, açık, net ve bilgilendirilmiş olarak **AÇIK RIZA VERİYORUM.**

Sağlık verilerimin işlenmesini ve yukarıda belirtilen şartlar doğrultusunda aktarılmasını kabul ediyorum.

Tarfıma bilgilendirici SMS, e-posta ve elektronik ileti gönderilmesini kabul ediyorum.

**Veri Sahibi (Hasta / Danışan)**

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

**Veri Sorumlusu**

Muhammed Keskin Muayenehanesi

Sağlık Hizmetleri

**Yürürlük Tarihi:** 21.05.2026