

Doküman Kodu:	HD.RB.02	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi:	05.12.2023	Rev. No:	01	Sayfa No:	1 / 1
---------------	----------	-------------------	------------	--------------	------------	----------	----	-----------	-------

Şahsıma ait fotoğraf ve/veya video çekimlerinin yapılmasına ve çekimler sırasında ortaya çıkacak görsel içeriklerimin sağlık hizmetlerinde tanıtım ve bilgilendirme çerçevesinde adı geçen sağlık tesisi/ Sağlık meslek mensubu tarafından işlenmesine, paylaşılmasına ve kullanılmasına kimliğimin gizli tutulması şartı ile açık rızam olduğunu ve iş bu metni okuyup anladığımı kabul ediyorum.

Rızayı (Onamı) Veren/Yasal Temsilci:

Adi Soyadı :.....

T.C. Kimlik No :.....

Tarih :.....

İmza :.....

Rızayı (Onamı) Alan

Sağlık Kurumu :.....

Hekimin Adi Soyadı :.....

Görevi/Unvanı :.....

T.C. Kimlik No :.....

Tarih :.....

İmza :.....

ACIKLAMALAR

- Hasta İsteddiği zaman verdiği bu onamı (rızayı) geri çekme hakkına sahiptir.
- Bu rıza formu, görsel verilerin işlenmesi, paylaşılması ve kullanılmasına yönelik olup, tedavi sürecine etkisi yoktur.