



| | | | | | | |
|---|--------------------------------|--|--------------------|--------------------------|---|--|
|  | | ФОРМА СОГЛАСИЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ | | |  T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI | |
| Код документа: HD.RB.40 | Дата публикации: 08.04.2018 | Дата пересмотра: - | Номер редакции: 00 | Номер страницы: 1 / 5 | | |

Служба здравоохранения HUMA А.Ш. Ваши персональные данные, подробно описанные в тексте Разъяснения/ раскрытия информации об обработке Персональных данных (“HUMA”), должны быть обязательными для исполнения договора, четко оговорены в законе, чтобы мы могли выполнять наши юридические обязательства, а также для целей охраны общественного здоровья, профилактической медицины, оказания медицинской диагностики, лечения и ухода, планирования и управления медицинскими услугами и их финансированием за исключением случаев, когда они обрабатываются и передаются в той мере, в какой это необходимо; мы требуем вашего явного согласия в отношении следующих вопросов;

СБОР, ОБРАБОТКА И ЦЕЛИ ОБРАБОТКИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Чтобы предоставить мне услуги по высоким стандартам, я был проинформирован, прочитав Информационный текст об обработке Персональных данных о том, что вы получаете мои персональные данные устно, письменно, визуально или в электронном виде из колл-центра, Интернета, мобильных приложений, физических мест и аналогичных каналов, в зависимости от характера предоставляемых услуг. В этом контексте ниже перечислены мои основные общие и специальные персональные данные, необходимые для проведения всех медицинских диагностических, обследований, лечения и оказания медицинской помощи, в частности мои личные данные о состоянии здоровья, полученные для этой цели;

- Мое имя, фамилия, идентификационный номер, номер паспорта или временный идентификационный номер ТС, если я являюсь гражданином Турции, мои идентификационные данные, такие как место и дата рождения, семейное положение, информация о поле, а также предъявленное удостоверение личности ТС или ксерокопия водительских прав,
- Мои контактные данные, такие как мой адрес, номер телефона, адрес электронной почты, • Мои финансовые данные, такие как номер моего банковского счета, номер IBAN,
- Мои данные о здоровье и сексуальной жизни, полученные во время оказания медицинских диагностических, лечебных и лечебных услуг, такие как результаты лабораторных исследований и визуализации, результаты анализов, данные обследований, информация о рецептах, которые я предоставляю самостоятельно для отслеживания в своем досье, а также мои данные о здоровье и сексуальной жизни,
- Ответы и комментарии, которыми я поделился с целью оценки ваших услуг,
- Моя запись изображения и звука системы камеры с замкнутым контуром, сделанная во время моего посещения ваших больниц,
- Записи голосовых вызовов, сохраненные при обращении в ваш колл-центр,
- Мои данные о частном медицинском страховании и данные Агентства социального обеспечения для целей финансирования и планирования здравоохранения,
- Если я воспользуюсь парковкой и услугами парковщика, у меня будет номерной знак автомобиля,
- Моя навигационная информация, IP-адрес, информация о браузере, полученная во время использования вашего веб-сайта и мобильного приложения, а также медицинские документы, анкеты, бланки и данные о местоположении, которые я передаю по собственному желанию.

| Имя - фамилия - подпись пациента | Имя - фамилия и подпись законного представителя пациента | Дата / время получения согласия | |
|----------------------------------|--|---------------------------------|-------------|
| | |/...../20.... |:..... |

Код документа:
HD.RB.40Дата публикации:
08.04.2018

Дата пересмотра: -

Номер редакции: 00

Номер
страницы: 2 / 5

Я был проинформирован о том, что мои личные данные, перечисленные выше, и мои специально квалифицированные личные данные могут обрабатываться для следующих целей;

- Проведение услуг по охране общественного здоровья, профилактической медицине, медицинской диагностике, лечению и уходу,
- Предоставление запрашиваемой информации Министерству здравоохранения и другим государственным учреждениям и организациям в соответствии с соответствующим законодательством,
- Выполнение правовых и нормативных требований,
- Услуги для пациентов, финансы, финансирование моих медицинских услуг отделами маркетинга, покрытие ваших расходов на обследование, диагностику и лечение, обмен информацией, запрошенной частными страховыми компаниями в рамках запроса о непристойности,
- Получать информацию о моей встрече через колл-центр и ваши цифровые каналы,
- Подтверждение моей личности Службой поддержки пациентов, вашими медицинскими работниками и отделами колл-центра,
- Планирование и управление внутренней работой учреждения администрацией больницы,
- Анализ качества, опыта пациентов, информационных систем отделами с целью улучшения медицинского обслуживания,
- Обучение ваших сотрудников отделами кадров и качества,
- Мониторинг и предотвращение неправомерных действий и несанкционированных транзакций со стороны отделов аудита и информационных систем,
- Выполнение мероприятий по управлению рисками и повышению качества отделами качества, опыта пациентов, информационных систем,
- Выставление счетов в обмен на ваши услуги отделами обслуживания пациентов, финансов и маркетинга,
- Подтверждение моих отношений с учреждениями, заключившими договор с вашей больницей, отделами обслуживания пациентов, финансов, маркетинга,
- Иметь возможность отвечать на любые вопросы и жалобы, касающиеся медицинского обслуживания, предоставляемого/предоставляемого мне администрацией больницы, опытом пациентов, правами пациентов, отделами колл-центра,
- Принятие всех необходимых технических и административных мер администрацией больницы, отделами информационных систем в рамках обеспечения безопасности данных систем и приложений вашей больницы,
- Маркетинг, средства массовой информации и коммуникации, участие в кампаниях и предоставление информации о кампаниях отделами колл-центра, разработка и передача эксклюзивного контента, конкретных и нематериальных преимуществ по веб- и мобильным каналам,

| Имя - фамилия - подпись пациента | Имя - фамилия и подпись законного представителя пациента | Дата / время получения согласия | |
|----------------------------------|--|---------------------------------|-------------|
| | |/...../20.... |:..... |

| | | | | |
|----------------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|
| Код документа: HD.RB.40 | Дата публикации: 08.04.2018 | Дата пересмотра: - | Номер редакции: 00 | Номер страницы: 3 / 5 |
|----------------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|



- Измерение, повышение и исследование удовлетворенности пациентов отделами управления больницами, защиты прав пациентов и опыта пациентов,
- С целью осуществления образовательной и учебной деятельности учебными заведениями, с которыми Учреждение сотрудничает. Мне было подробно сообщено, что мои вышеупомянутые “Личные и конфиденциальные данные” могут храниться в физических и электронных архивах в рамках HUMA и внешних поставщиков услуг с большой строгостью и соблюдением положений законодательства.

ПЕРЕДАЧА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Мои личные данные хранятся в соответствии с Основным законом о здравоохранении № 3359, Постановлением № 663 об организации и обязанностях Министерства здравоохранения и его аффилированных лиц, Законом № 6698 о защите персональных данных, Постановлением о частных больницах, Постановлением об обработке персональных медицинских данных и защите их конфиденциальности, а также в соответствии с положениями постановлений Министерства здравоохранения и других законодательных актов и для целей, описанных выше;

- С Министерством здравоохранения, подчиненными министерству подразделениями и центрами семейной медицины,
- Частными страховыми компаниями (здравоохранение, пенсионное обеспечение, страхование жизни и т. Д.), • С Агентством Социального Обеспечения,
- С Главным управлением полиции и другими правоохранительными органами, • С Главным управлением Народонаселения,
- С Ассоциацией Фармацевтов Турции,
- С судебными органами,
- С лабораториями, медицинскими центрами, скорой помощью, медицинским оборудованием и медицинскими учреждениями, расположенными в стране или за рубежом, с которыми вы сотрудничаете в качестве HUMA для медицинской диагностики и лечения,
- С другим медицинским работником, к которому меня направили или с которым я сам обратился в случае направления,
- С уполномоченными мной законными представителями,
- С третьими лицами, с которыми вы консультируетесь, включая юристов, с которыми вы работаете, налоговых консультантов и аудиторов,
- С регулирующими и надзорными органами и официальными органами
- С системами внутри страны или за рубежом и/или Центром ЭКО HUMA в сообществе компаний, с которыми связана ваша больница,
- В случае, если мой счет будет выставлен работодателю, я свяжусь с моим работодателем для этой цели,

| Имя - фамилия - подпись пациента | Имя - фамилия и подпись законного представителя пациента | Дата / время получения согласия | |
|----------------------------------|--|---------------------------------|-------|
| | |/...../20.... | |

| | | | | | | |
|---|--------------------------------|--|--------------------|--------------------------|---|--|
|  | | ФОРМА СОГЛАСИЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ | | |  T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI | |
| Код документа: HD.RB.40 | Дата публикации: 08.04.2018 | Дата пересмотра: - | Номер редакции: 00 | Номер страницы: 4 / 5 | | |

• Поставщики, услугами которых вы пользуетесь или с которыми сотрудничаете в качестве компании, могут быть переданы поставщикам услуг поддержки, поставщикам архивных услуг и вашим деловым партнерам (я знаю, что могу получить информацию, обратившись в нашу больницу в письменной форме для получения более подробной информации).

МЕТОД И ЮРИДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СБОРА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ Я был проинформирован о том, что мои персональные данные собираются и обрабатываются в любом устном, письменном, визуальном или электронном виде для целей, указанных выше, и для того, чтобы любой бизнес, связанный с деятельностью HUMA, мог осуществляться в рамках правовых рамок и в этом контексте для полного и надлежащего выполнения договорных и юридических обязательств HUMA. Юридическая причина сбора моих данных этими лицами;

- Закон о защите персональных данных № 6698,
- * Основной закон о здравоохранении № 3359,
- Декрет-Закон № 663 об организации и обязанностях Министерства здравоохранения и его аффилированных лиц,
- Положение о частных больницах,
- Правила обработки персональных медицинских данных и защиты их конфиденциальности,
- Это положения Министерства здравоохранения и другие положения законодательства.

Кроме того, статья 6 Закона. Статья 3. Я знаю, что персональные данные, относящиеся к здоровью и сексуальной жизни, как указано в пункте, могут обрабатываться без моего явного согласия лицами или уполномоченными органами и организациями, которые обязаны хранить секреты, только в целях защиты общественного здоровья, профилактической медицины, оказания медицинских диагностических, лечебных и лечебных услуг, планирования и управления медицинскими услугами и их финансированием.



ВАШИ ПРАВА НА ЗАЩИТУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В соответствии с законом и применимым законодательством;

- Узнайте, были ли обработаны мои личные данные,
- Запрашивать информацию об этом, если мои личные данные были обработаны,
- Доступ к моим личным медицинским данным и запрос этих данных,
- Узнайте, с какой целью обрабатываются мои личные данные и используются ли они по назначению,
- Знать третьим лицам, которым мои личные данные передаются внутри страны или за рубежом,
- Запрашивать их исправление в случае неполной или неправильной обработки моих персональных данных,
- Запрос на удаление или уничтожение моих личных данных,
- Запрашивать уведомление третьих лиц, которым были переданы мои личные данные, о действиях, связанных с их исправлением и/или удалением или уничтожением моих личных данных, в случае неполной или неправильной обработки моих личных данных,
 - Не возражать против того, чтобы мои обработанные данные были получены в ущерб мне путем анализа исключительно с помощью автоматизированных систем,
 - Мне было сообщено, что я имею право потребовать возмещения ущерба в случае, если мне был причинен ущерб в результате незаконной обработки моих персональных данных.

Мои требования в соответствии с законом ""www.humahastanesi.com.tr Заполнив "ФОРМУ ЗАЯВКИ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ О ЗАЩИТЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ HD.FR.09" на веб-сайте;

| Имя - фамилия - подпись пациента | Имя - фамилия и подпись законного представителя пациента | Дата / время получения согласия | |
|----------------------------------|--|---------------------------------|-------|
| | |/...../20.... | |

| | | | | | | |
|---|--------------------------------|--|--------------------|--------------------------|---|--|
|  | | ФОРМА СОГЛАСИЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ | | |  T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI | |
| Код документа: HD.RB.40 | Дата публикации: 08.04.2018 | Дата пересмотра: - | Номер редакции: 00 | Номер страницы: 5 / 5 | | |

- * Таджеттинвели ул. Бульвар Сейида Бурханеттина № 58 Меликгази /Кайсери, что я могу доставить его лично,
- Я знаю, что могу отправить его через нотариуса.

Служба здравоохранения HUMA А.Ш. Что я прочитал и понял текст Разъяснения/ раскрытия информации об обработке персональных данных, подготовленный ("HUMA")

Я был проинформирован о целях обработки моих персональных данных, учреждениях, организациях, компаниях и медицинских работников, которым они были переданы, методах и юридических причинах их сбора, моих правах на защиту моих персональных данных, безопасности данных и моем праве на подачу заявления, подробно описанных в Информационном/ информационном тексте об обработке персональных данных,

За исключением случаев, когда мои личные и конфиденциальные данные должны обрабатываться и передаваться в той мере, в какой это необходимо, для целей исполнения контракта, четко оговоренных в законе, обязательных для выполнения юридических обязательств HUMA, а также для целей охраны общественного здоровья, профилактической медицины, оказания медицинских диагностических, лечебных и лечебных услуг, планирования и управления здравоохранением и его финансированием, а также для целей освещения/Хранить, обрабатывать и передавать в соответствии с соображениями, изложенными в информационном тексте,

Я ПРИНИМАЮ ЭТО С МОЕГО ЯВНОГО СОГЛАСИЯ.

* В соответствии с Положением о правах пациентов; вам будет предоставлена копия формы 1. Сообщите, если форма вам не была предоставлена.

СОГЛАСИЕ

Пожалуйста, напишите " Я ПОНЯЛ, ЧТО ПРОЧИТАЛ, ДАЮ СОГЛАСИЕ " своим собственным почерком

.....

ПЕРЕВОДЧИК (если у пациента проблемы с языком / общением)

На мой взгляд, информация, которую я перевел, была понята пациентом / родственником пациента.

Имя Фамилия переводчика:

Подпись:

Дата:...../...../20..... Час:.....

| Имя - фамилия - подпись пациента | Имя -фамилия и подпись законного представителя пациента | Дата / время получения согласия | |
|----------------------------------|---|---------------------------------|-------------|
| | |/...../20..... |:..... |