Hastanın Adı Soyadı:

Dosya Numarası:

Doğum Tarihi: ……/……/……

Uzaktan sağlık hizmeti; Sağlık Bakanlığı Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik kapsamında, bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak sağlık profesyoneli ile hasta arasında fiziki temas olmaksızın sunulan sağlık hizmetidir.

Uzaktan görüntülü muayene kapsamında; tıbbi danışmanlık, değerlendirme, izlem ve tedavi önerileri sunulabilir. Fiziksel muayene gerektiren durumlarda yüz yüze başvuru gerekli olabilir. Uzaktan sağlık hizmeti, ilgili sağlık tesisinin Bakanlıkça yetkilendirilmiş uzaktan sağlık bilgi sistemi üzerinden sunulacaktır.

…….Hastanesi tarafından sunulan uzaktan sağlık hizmeti kapsamında;

a. Uzaktan sağlık hizmetinin Aile Hekimi Uzmanı tarafından sunulacağı,

b. Sağlık hizmeti sunulması sırasında sağlık çalışanı ile fiziksel olarak aynı ortamda bulunmayacağım,

c. Uzaktan sağlık hizmeti sunumunun, yüz yüze verilen sağlık hizmetinin muadili olamayabileceği,

ç. Uzaktan sağlık hizmeti ile uygulamalı tedavilerin farklı olduğu,

d. Uzaktan sağlık hizmetinin, sağlık kuruluşunda uygulanması gereken tedavilerin yerine geçemeyebileceği ve varsa devam eden tedavilerimi aksatacak şekilde hizmetten faydalanmamam gerektiği,

e. Acil tıbbî durumlarda, en yakın acil servise başvurmam gerektiği,

f. Uzaktan sağlık hizmetinin ücreti, verilecek hizmetin kapsamı, hizmetin herhangi bir sağlık sigortası kapsamında karşılanıp karşılanmayacağı,

g. Uzaktan sağlık hizmeti kapsamında yapılan sesli, görüntülü ve/ya yazılı görüşmenin, her iki tarafın rızası olmaksızın kaydedilmesinin yasak olduğu, ancak iki taraftan birinin isteğine bağlı olarak görüşmenin sistem tarafından kaydedilebileceği, ancak, kişisel sağlık verilerinin işlenmesine ilişkin mevzuat uyarınca alınan sağlık hizmetine ilişkin kayıtların tutulacağı, kişisel verilerin korunması mevzuatına ve mahremiyete uygun olarak Sağlık Bakanlığı ve Sapanca İlçe Hastanesi'nin bilgi sistemine aktarılacağı,

ğ. Uzaktan sağlık hizmeti sunumu esnasında sesli ve görüntülü görüşme yapılacağı, uzaktan sağlık hizmeti sunumunun başlayabilmesi için cihazın/ uzaktan sağlık bilgi sisteminin kamera ve/veya mikrofon erişimine izin verilmesinin istenebileceği,

h. Uzaktan sağlık hizmeti sunulan hasta ile sağlık meslek mensubu arasında ses ve/veya görüntünün iletilememesi hâlinde, uzaktan sağlık hizmetinin başlamayabileceği, başlamış ise devam ettirilemeyebileceği,

ı. Tıbbi veya hukuki sebeplerle karşı tarafa bilgi vererek, uzaktan sağlık hizmetini her zaman sonlandırabileceğim ve bu durumda da bakım-tedavi hakkından mahrum kalmaksızın yüz-yüze muayene/tedavi/takip seçeneklerine başvurabileceğim,

i. Uzaktan sağlık hizmeti alımında kullanacağım internet altyapısı ile gerekli teknik ekipmanın (kulaklık, kamera, bilgisayar vb.) temini ile bilişim sistemlerinin, kullanıcı adı ve parolalarının güvenliğini sağlamaktan bizzat sorumlu olduğum,

j. Verilecek sağlık hizmetinin mâhiyeti ve sonuçları,

k. Uzaktan sağlık hizmeti alabilmem için görüşme esnasında sağlık çalışanı tarafından gerekli görüldüğü takdirde kimliğimi teyit etmekle yükümlü olduğum, kimlik bilgilerimi doğrulamam için sağlık çalışanı tarafından tarafıma sorular yöneltilebileceği, farklı yöntemlerle kimlik doğrulaması yapılabileceği, geçerli bir kimlik belgesi ibraz etmemin istenebileceği,

l. Daha etkili sağlık hizmeti alabilmem için sağlık çalışanı tarafından bilgi verilerek ilgili uzmanlık dalına yönlendirebileceğim veya ilave tetkik ve tahliller için sağlık kuruluşuna davet edebileceğim, hususlarında

açık ve anlaşılır şekilde, yazılı olarak bilgilendirildim ve aydınlatıldım.

Gelinen aşamada; Tarafıma yapılan tüm yazılı bilgilendirmeleri okuduğumu, anladığımı ve bu haliyle kabul ettiğimi; uzaktan sağlık hizmetinden bu bilgilendirmeler doğrultusunda yararlanacağımı kabul, beyan ve taahhüt ediyorum.

2-Yapılacak Uzaktan Görüntülü Görüşmeyi Reddetme

Yapılacak olan görüşmeleri reddediyorum. Bu reddetmenin getireceği olası sonuçlar hakkında bilgilendirildim.

Rıza formunun bir nüshasını teslim aldım. Hastanın Adı-Soyadı: İmzası: Tarih:.../..../..... Saat:.....	Şahitlik Edenin; Adı-Soyadı: İmzası: Tarih:.../..../..... Saat:.....

Rıza formunun bir nüshasını teslim aldım.

Hasta onay veremeyecek durumda ise, Hasta velisi/Vasisinin; Tarih:.../..../.....

Adı-Soyadı: İmzası Saat:.....

(El yazısı ile)

Hastanın onay verememe nedeni.....

TERCÜMAN: Hastanın dil/iletişim problemi varsa;

Hastaya doktor/personel tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim.Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tarih:...../...../..... Saat:.....

Tercüme Yapan Kişinin;Adı-Soyadı(El Yazısı ile)..... İmzası:

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan, yapılacak olan görüşmelerin nasıl yapılacağı,kayıtları ve gizlilik kuralarına uyum konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır.Hastanın tam olarak anlamadığı kısımlara ilişkin sorduğu sorulara cevap verilmiştir.Hasta/hasta yakınıgörüşmelere yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Bilgilendirme Yapan Personelin ;

Adı-Soyadı:

Kurum Sicil No: İmzası:

Tarih:.../..../..... Saat:.....