Sayın hastamız;

Evde Sağlık Hizmetleri Koordinatörlüğümüzün *"hasta mahremiyetinin ve tıbbi kayıtlara erişimde bilgi güvenliğinin sağlanması talimatı"*, hastalarımızın takibi doğrultusunda; hastalarımızın takip tedavisi ile ilgili süreçleri ile ilgili bilgi ve belgeler, hasta dışında veya hastanın onayı dışında kimseyle paylaşılamaz. Bu süreçteki bilgiler gizlilik ilkeleri çerçevesinde yürütülür. Hastanın bilincinin kapalı olduğu durumlarda hastanın 1.derece yakınına ilgili sağlık çalışanı tarafından süreç konusunda bilgilendirme yapılır.

Bu belge, hastalığınızın takip tedavi ve bakım sürecindeki bilgi ve belgelerin sizin belirleyeceğiniz kişi ve kişilerle paylaşılmasına onay/yetki vermenin için hazırlanmıştır. Lütfen aşağıdaki onay tablosunu okuyarak size uygun olanları, onay beyanınız doğrultusunda doldurunuz.

Tarih: ...../...../..... **Saat: .....:.....**	**Hasta Adı Soyadı** **İmza**

Hastalığımın takip, tedavi ve bakım süreci ile ilgili bilgi ve belgelerin paylaşılmasına onay verdiğim kişi/kişiler;		
Adı Soyadı	**Adı Soyadı**	**Adı Soyadı**
Yakınlık Derecesi	**Yakınlık Derecesi**	**Yakınlık Derecesi**
Adresi ve Telefon No	**Adresi ve Telefon No**	**Adresi ve Telefon No**

ONAMI ALAN SAĞLIK PERSONELİNİN ADI SOYADI-İMZASI: