(Logonuz Burada)	**Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)** FOTOĞRAF VE HASTA BİLGİLERİNİN KULLANIMI İZİN BELGESİ (MUAFFAKATNAME)	

Doküman Kodu: HD.RB.383	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Aşağıda fotoğraf ve video çekimine izin verdiğiniz onay (muaffakat) formu bulunmaktadır. Bu onay formunu imzaladığınız takdirde hastanemiz web sayfası ve sosyal medya hesaplarında ve internette görüntüleriniz yayınlanabilecektir. Bu fotoğraflar ve videolar sizin sağlık kayıtlarınızın bir parçası olup tıp ve hemşirelik öğrencilerinin yanı sıra, tıp, yardımcı tıp ve hemşirelik personelinin eğitimleri için de kullanılabilir.

Bu izin (muvafakat) dahilinde verilerin zaman, içerik ve yer bakımından sınırsız kullanımını şu medya ortamlarında mümkündür: Film, TV, radyo, internet, sunumlar, basılı yayınlar, etkinlik organizatörlerine teslim.

Kayıtların muhtemelen değiştirilebileceği, üzerinde çalışmaların yapılabileceği ve başka içeriklerle (fotoğraf, metin...) birlikte kullanılabileceğini biliyor ve kabul ediyorum.

Kayıtların hukuku ihlal edecek şekilde yayınlanması yasaktır. Bu izin belgesi ile kayıtların kullanılmasına yönelik denetim ve onay hakkımdan ve kayıtların yurtiçi veya yurtdışındaki kullanımlarından dolayı ortaya çıkabilecek prim ve ödemelerden vazgeçiyorum.

Fotoğraf ve video çekimlerinin kullanımını, ileriye dönük olarak ve temel tarifelere uygun iletim giderleri (internet bağlantınızın giderleri) dışında herhangi bir gider oluşmadan reddedebileceğimi biliyorum.

İtirazınız ile ilgili yazınızı gönderebileceğiniz e-posta adresi: eposta@com.tr İnternette yayınlanan video ve fotoğrafların kişisel verilerin kullanımının hiçbir şekilde sınırlandırılamayacağı, bu verilere, arama motorları aracılığıyla da olmak üzere dünya çapında erişilebileceği ve verilerin internet kullanıcıların veri birikimlerinin parçası olabileceği ya da başka bağlamlardaki verilerle bağlantılandırılabileceği hususuna özellikle dikkatinizi çekeriz.

Dahil olduğunuz Program çerçevesinde fotoğraf ses ve film kayıtlarının, etkinliklerde edinilen deney ve raporların ve orijinal ses ve görüntü kayıtlarının oluşturulmasını ve aşağıda belirtilen amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.

Kişisel tıbbi vaka notlarım için fotoğraflar çekilmesini onaylıyorum.

▭ Fotoğrafların açıklanan sağlık hizmetleri çerçevesi içerisinde eğitim için açık tutulmasını onaylıyorum.

▭ Fotoğraflarımın açıklanan somut amaç için yayınlanmasını onaylıyorum.

Yukarıda verilen açıklamayı okudum ve belirtilen tüm hususları kendi rızam ile kabul ediyorum.

Hastaya Özel Durumlar :

.....

.....

Bilgilendirmeyi yapan :	**Hasta/Hasta Yakını Onayı:**
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
Unvanı:	Unvanı:
İmza:	İmza:
Tarih/Saat:	Tarih/Saat: