Adı Soyadı:

T.C. Kimlik No:

İletişim Numarası:

Ben, yukarıda bilgileri yer alan hasta/hasta yakını olarak, tarafıma sağlık hizmeti sunan Dr. Adı Soyadı(.....) tarafından, muayene, tedavi, tetkik ve takip süreçlerim hakkında bilgilendirme yapılması amacıyla **iletişim bilgilerimin alınmasına ve tarafıma ulaşılmasına** açık rızam ile onay veriyorum.

Bu rızam yalnızca yukarıda belirtilen amaçlarla sınırlıdır. İletişim bilgilerimin üçüncü kişilerle paylaşılmayacağını, ticari amaçla kullanılmayacağını ve yalnızca sağlık hizmeti süreçlerimle sınırlı olduğunu anladım ve kabul ettim.

Açık rızamı, bilgilendirilmiş şekilde, özgür irademle veriyorum.

İmza:

Tarih: