

6698 sayılı kişisel verilerin korunması kanunu(kvkk) kişisel veriler erişim/bilgi talep formu	إستمارة الوصول إلى البيانات الشخصية / طلب المعلومات بموجب قانون حماية البيانات الشخصية (KVKK) رقم 6698
1. KİŞİSEL VERİ SAHİBİNİN KİMLİK VE İLETİŞİM BİLGİLERİ	1- معلومات الهوية والاتصال لمالك البيانات الشخصية
Adı- Soyadı:	الاسم اللقب:
T.C. Kimlik No:	رقم الهوية الوطنية التركية:
Telefon Numarası:	رقم الهاتف:
Adres:	العنوان:
E-posta Adres:	عنوان البريد الإلكتروني:
Hastanemizle Olan İlişkiniz <i>Çalışan, çalışan adayı, eski çalışan, stajyer, üçüncü taraf firma çalışanı, Hasta, Hasta Yakınları iş ortağı gibi)</i>	علاقتك بمستشفانا موظف ، مرشح موظف ، موظف سابق ، متدرب ، موظف شركة تابع لجهة خارجية ، مريض ، أقارب المريض مثل كشركاء تجاريين.
2. KİŞİSEL VERİ SAHİBİNİN KULLANACAĞI HAKKIN SEÇİMİNE İLİŞKİN BİLGİLER	2- معلومات عن اختيار حق مالك البيانات الشخصية في استخدامه
<i>(Lütfen talebinize uygun ifadenin yanındaki kutucuğu/kutucukları işaretleyiniz) Hastane'nin hakkımda kişisel veri işleyip işlemediğini öğrenmek istiyorum.</i>	(يرجى وضع علامة في المربع /المربعات بجوار البيان المناسب لطلبك) أود معرفة ما إذا كانت المستشفى تعالج البيانات الشخصية الخاصة بي أم لا.
Eğer Hastane hakkımda kişisel veri işliyorsay bu veri işleme faaliyetleri hakkında bilgi talep ediyorum.	إذا قامت المستشفى بمعالجة البيانات الشخصية الخاصة بي ، أطلب معلومات حول أنشطة معالجة البيانات هذه.
Eğer Hastane hakkımda kişisel veri işliyorsay bunların işleme amacını ve işleme amacına uygun kullanılıp kullanmadığını öğrenmek istiyorum.	إذا قامت المستشفى بمعالجة البيانات الشخصية الخاصة بي ، أود معرفة الغرض من معالجتها وما إذا كان يتم استخدامها وفقًا للغرض من المعالجة.
Eğer kişisel verilerim yurtiçinde ve yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa aktarım amacını ve aktarılan üçüncü kişileri bilmek istiyorum.	إذا تم نقل بياناتي الشخصية إلى جهات خارجية أو الأطراف الثالثة في الداخل والخارج ، أود معرفة الغرض من النقل والأطراف الثالثة.
Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlendiğini düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum.	أعتقد أن بياناتي الشخصية غير مكتملة أو تمت معالجتها بشكل غير صحيح وإني أريد تصحيحها.
Kişisel verilerimin kanun ve ilgili diğer kanun hükümlerine uygun olarak işlenmiş olmasına rağmen, kişisel verilerimin silinmesini istiyorum.	على الرغم من معالجة بياناتي الشخصية وفقًا للقانون والقوانين الأخرى ذات الصلة ، إلا أنني أريد حذف بياناتي الشخصية.
Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğüm kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişiler nezdinde de düzeltilmesini istiyorum.	أريد أن يتم تصحيح بياناتي الشخصية ، التي أعتقد أنها غير مكتملة ومعالجتها بشكل خاطئ ، من قبل الأطراف الثالثة التي تم نقلها إليها.
Silinmesini talep ettiğim kişisel verilerimin aktarılan üçüncü kişiler nezdinde de silinmesini istiyorum.	أريد أن يتم حذف بياناتي الشخصية ، التي طلبتُ حذفها ، من قبل الأطراف الثالثة المنقولة.
Hastane tarafından işlenen kişisel verilerim münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edildiğini ve bu analiz neticesinde şahsım aleyhine bir sonuç doğduğunu düşünüyorum. Bu sonuca itiraz ediyorum.	أعتقد أن بياناتي الشخصية التي تتم معالجتها بواسطة المستشفى يتم تحليلها حصريًا من خلال أنظمة آلية ونتيجة لهذا التحليل ، هناك نتيجة ضدي. أنا أعتراض على هذا الاستنتاج.
3. TALEP HAKKINDA AÇIKLAMA (Lütfen KVK Kanunu	3- توضيح حول الطلب (يرجى تحديد طلبك بالتفصيل

kapsamındaki talebinizi ve talebinize konu olan kişisel verileri detaylı olarak belirtiniz.)	بموجب قانون حماية البيانات الشخصية والبيانات الشخصية الخاضعة لطلبك).
4. EKLER	4- الملحقات
Lütfen başvurunuza dayanak göstermek istediğiniz belge varsa belirtiniz.	يرجى إبراز ما إذا كان هناك أي مستند تريده لدعم طلبك.
5. LÜTFEN BAŞVURUNUZA VERECEĞİMİZ YANITIN TARAFINIZA BİLDİRİLME YÖNTEMİNİ SEÇİNİZ	5- يرجى تحديد الطريقة التي سيتم إعلامك بها باستجابتك لطلبك
Adresime gönderilmesini istiyorum.	أريد إرسالها إلى عنواني.
E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.	أريد إرسالها إلى عنوان بريدي الإلكتروني.
Elden teslim almak istiyorum.	أريد الحصول عليها باليد.
6. BAŞVURU SAHİBİNİN BEYANI	6- بيانات مُقدّم الطلب
İşbu başvuru formu, Hastanemiz ile olan ilişkinizi tespit ederek ve varsa, Hastanemiz tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresinde cevap verilebilmesi için tanzim edilmiştir. Hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için Hastanemiz ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı, sürücü belgesi sureti veya vekaletname örneği vb.) talep etme hakkını saklı tutar. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde Hastanemiz, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir. Hukuka aykırı, yanıltıcı veya yanlış başvurulardan doğan tüm sorumluluk başvurucuya aittir.	تم إعداد إستمارة الطلب هذه من أجل تقديم استجابة دقيقة وقانونية لطلبك من خلال تحديد علاقتك بمستشفانا وتحديد بياناتك الشخصية بالكامل ، إن وجدت ، التي تتم معالجتها من قبل مستشفانا. يحتفظ مستشفانا بالحق في طلب مستندات ومعلومات إضافية (بطاقة الهوية ، ونسخة من رخصة القيادة أو التوكيل، وما شابه) لتحديد الهوية والتفويض ، من أجل القضاء على المخاطر القانونية التي قد تنشأ عن مشاركة البيانات غير القانونية وغير العادلة وخاصة لضمان أمان بياناتك الشخصية. في حالة عدم صحة المعلومات المتعلقة بطلباتك التي تقدمها ضمن نطاق النموذج أو تحديثها ، أو تقديم طلب غير مصرح به ، فإن مستشفانا لا تتحمل أي مسؤولية عن مثل هذه المعلومات أو الطلبات الخاطئة الناشئة عن غير المصرح به التطبيقات. ويتحمل مُقدّم الطلب جميع المسؤوليات الناشئة عن الطلبات غير القانونية أو المضللة أو الكاذبة.
Kişisel Veri Sahibi / Başkası Adına Başvuruda Bulunan Kişi	مالك البيانات الشخصية / الشخص الذي يتقدم بطلب نيابة عن شخص آخر
Adı Soyadı	الاسم واللقب
Başvuru Tarihi	تاريخ تقديم الطلب
İmza	التوقيع
Lütfen başkası adına başvuruda bulunmaktaysanız, başvuru yapmaya yetkili olduğunuzu gösteren belgeleri (kişisel veri sahibinin kendisi velisi/ vasisi, kanuni olarak kişisel sağlık bilgilerini alamaya yetkili kılındığını belirten vekaletname sahibi kanuni temsilci olduğunu gösterir belge gibi) başvurunun ekinde gönderiniz. Bu belgelerin geçerli olarak kabul edilmesi için yetkili makamlar tarafından düzenlenmiş veya onaylanmış olmaları aranmaktadır.	إذا كنت تُقدّم الطلب نيابة عن شخص آخر ، فيرجى إرسال المستندات التي توضح أنك مخول بالتقديم (مثل الوالد / الوصي على مالك البيانات الشخصية ، المستند الذي يوضح أنه / أنها مخول قانوناً لتلقي المعلومات الصحية الشخصية ، إلخ) في ملحق التطبيق. من أجل اعتبار هذه المستندات صالحة ، يجب أن تكون صادرة أو معتمدة من قبل السلطات المختصة.