

**KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU (KVKK)**  
**KİŞİSEL VERİLERE ERİŞİM İÇİN BİLGİ TALEP FORMU**

**1-Veri Sahibinin Bilgileri**

T.C Kimlik Numarası : .....

Ad Soyad : .....

Doğum Tarihi : .....

Telefon Numarası : .....

E-posta Adresi : .....

Adres : .....

**2-Başvuruyu Veri Sahibi Adına Yapan Yetkili Kişi**

*(Başvuruyu yapan, veri sahibinden farklı bir kişi ise doldurulmalıdır)*

*(Kişisel Veri Güvenliği için Nüfus Cüzdanı talep edilebilir. Yasal temsilci olduğunuza dair kararı iletiniz.)*

T.C Kimlik Numarası : .....

Ad Soyad : .....

Doğum Tarihi : .....

Yakınlık Derecesi : .....

**3-Muayene ile İlişkili Bilgi**

Hasta/hasta yakını                      Çalışan/Eski Çalışan                      Üçüncü Kişi

Hasta/hasta yakını iseniz aldığımız tedavi :

Çalışan/Eski Çalışan iseniz çalışılan zaman dilimi :

Üçüncü kişi iseniz bağlantınız :

**4- Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:**

**5-Lütfen talep yanıtınızın tarafınıza gönderimi yöntemini seçiniz:**

Adresime

E-posta adresime

Bizzat tarafıma elden

**Talep Tarihi:**

**Talep eden Ad/Soyad:**

**İmza**

**Teslim Alınma Tarihi:**

**Teslim Alan :**

**İmza**

**Açıklama:**

*Bu formu doldurarak, imzalı bir örneğini muayenehanemize bizzat elden teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilirsiniz. Hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacı ile kimlik ve yetki belgesi, ek evrak (nüfus cüzdanı, ehliyet vs) talep etme hakkımızı saklı tutarız.*