**EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ**

**(SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ)**

**İLETİŞİM BİLGİLERİNİN DİYANET İŞLERİ BAŞKANLIĞI İLE PAYLAŞILMASINA YÖNELİK BİLGİLENDİRME VE AÇIK RIZA FORMU**

**1. BİLGİLENDİRME**

Diyanet İşleri Başkanlığı ile hastanemiz arasında yapılan protokol kapsamında; hastaya veya hasta yakınına ait kimlik (ad, soyadı), iletişim (telefon numarası) ve detaysız sağlık bilgisi (klinik bilgisi), hastanın veya hasta yakınının onayının bulunması durumunda iletişim faaliyetlerinin yürütülmesi (Diyanet İşleri Başkanlığı yetkilisi tarafından hastaya/yakınına manevi destek sağlanması) amacıyla Diyanet İşleri Başkanlığı ile paylaşılabilir.

Bu destekten yararlanmak isteyen kişiler, aşağıda açık rıza bölümünü imzalayıp bu evrakı ilişkili olduğu kliniğe teslim edebilir.

6698 sayılı Kanun’un 11. maddesi kapsamındaki haklarınızı Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ’e uygun bir şekilde tarafımıza başvuruda bulunarak kullanabilirsiniz.

**Veri Sorumlusunun Kimliği:** Ege Üniversitesi Hastanesi (Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi); Veri Sorumluları Sicil Bilgi Sistemi’ne “Ege Üniversitesi Rektörlüğü Rektörlük Özel Kalem” ismiyle kayıtlıdır. Ancak resmi yazışmalarınız veya başvurularınız için hem Ege Üniversitesi Hastanesi (Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi) hem de Ege Üniversitesi Rektörlüğü Rektörlük Özel Kalem’in iletişim bilgilerini kullanabilirsiniz. Ege Üniversitesi Rektörlüğü Rektörlük Özel Kalem (Erzene Mahallesi Gençlik Cadde No: 12/1/1 Bornova/İzmir). Ege Üniversitesi Hastanesi (Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi), Bornova/İzmir.

**2. ONAY**

Bilgilendirme metnini okudum ve anladım. Ad, soyadı, telefon numaram ve klinik bilgilerimin Diyanet İşleri Başkanlığı yetkilisiyle benimle iletişim kurmaları (manevi destek) amacıyla paylaşılmasına onay gösteriyorum.

**Ad, soyadı, imza, tarih :**