

## Gizlilik Politikasi

Bilgi:

Sizin Özel Bilgileriniz Bilgisayarımızda kayıt edilmistir,sizi bunun

üzerine uyarmak zorundayiz.Cünkü burda calisan tüm Iscilerimiz sizin Bilgilerinizi göre biliyor. Tüm Iscilerimize Bilgigizlilik sarti olmaktadır.

Lütfen istediniz ve onay verdiginizi isaretleyiniz:

Würselener Str.3  
52477 Alsdorf  
Tel.: 02404-23258  
Fax: 02404-81681

E-Mail:  
[kontakt@diabeteszentrum-alsdorf.de](mailto:kontakt@diabeteszentrum-alsdorf.de)

Isim: \_\_\_\_\_ Soyadi: \_\_\_\_\_

Dogum Tarihi: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### Hastaligim hakkında Bilgiler

- Benimle ilgili Raporlari ve Hastalik Bilgilerini (mesela ev Doktorunu, Hastane) gerekli oldugunda Bilgi verilmesini onayliyorum.
- Benim hastaligim ve Seker durumumun hakkında ev Doktoruma Bilgi aktarilmasina onayliyorum.
- Benim Kan Sonuclarim Hastalik Bilgilerimin E-Mail veya Fax üzeri bildirilmesinde sakinca yoktur.
- Dr.med Schmidt 'in Raporlarimin Sonuclarini asagadaki ismini belirtmis oldugum sahisa Bilgi verilmesinde sakinca yoktur bu telefonla arandiginda'da gecerlidir. Bunun icn yukarida belirtilen Tibbi Gizlilik uygulamasini serbest birakiyorum.

Bilgi verilcek kisinin Adi \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Bilgi verilcek kisinin Adi \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Bilgi verilcek kisinin Adi \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Bu Belegede doldurdunuz tüm Kararlariniz istediniz her an degistirilebilir, Degistirmediniz durumda burda doldurdunuz Kararlarinizi gecerli sayiyoruz. Burda yazani okudum, anladim ve onayliyorum.

Tarih

Imza