

## Gizlilik Politikası

Bilgi:

Sizin Özel Bilgileriniz Bilgisayarımızda kayıt edilmiştir,sizi bunun

üzerine uyararak zorundayız.Cünkü burda çalışan tüm İscilerimiz sizin Bilgilerinizi göre biliyor. Tüm İscilerimize Bilgigizlilik sarti olmaktadır.

Lütfen istediniz ve onay verdiginizi isaretleyiniz:

İsim: \_\_\_\_\_ Soyadı: \_\_\_\_\_

Doğum Tarihi: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### Hastalığım hakkında Bilgiler

- Benimle ilgili Raporları ve Hastalık Bilgilerini (mesela ev Doktorunu, Hastane) gerekli olduğunda Bilgi verilmesini onaylıyorum.
- Benim hastalığım ve Seker durumumun hakkında ev Doktoruma Bilgi aktarılmasına onaylıyorum.
- Benim Kan Sonuçlarım Hastalık Bilgilerimin E-Mail veya Fax üzeri bildirilmesinde sakınca yoktur.
- Dr.med Schmidt 'in Raporlarımın Sonuçlarını aşağıdaki ismini belirtmiş olduğum şahsa Bilgi verilmesinde sakınca yoktur bu telefonla arandığında da geçerlidir. Bunun için yukarıda belirtilen Tıbbi Gizlilik uygulamasını serbest bırakıyorum.

---

Bilgi verilecek kişinin Adı \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

---

Bilgi verilecek kişinin Adı \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

---

Bilgi verilecek kişinin Adı \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Bu Belegede doldurdunuz tüm Kararlarınız istediniz her an değiştirilebilir, Değiştirmediniz durumda burda doldurdunuz Kararlarınızı geçerli sayıyoruz. Burda yazanı okudum, anladım ve onaylıyorum.

---

Tarih

İmza