|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| saÄlÄ±k bakanlÄ±ÄÄ± yeni logo ile ilgili gÃ¶rsel sonucu | **ŞIRNAK CİZRE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ** | DokümanKodu | HB.FR.11 |
| Yayın Tarihi | 24.11.2020 |
| RevizyonTarihi |  |
| **EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ**  **HASTA BİLGİLERİNİN PAYLAŞIM İZİN FORMU** | Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 1**/**1 |

**Sayın Hastamız;**

Evde Sağlık Hizmetleri Koordinatörlüğümüzün, hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınması prosedürü doğrultusunda; hastalarımızın takip, tedavi ve bakım süreçleriyle ilgili bilgi ve belgeler, hasta dışında, hastanın onayının dışındaki kimseyle paylaşılmaz. Bu süreçteki bilgiler gizlilik ilkeleri çerçevesinde yürütülür. Hastalarımızın takip, tedavi ve bakım süreçleriyle ilgili bilgi ve belgeler, gerekli durumlarda hastanın onayı dâhilindeki kişilerle paylaşılabilir. Hastanın bilincinin kapalı olduğu durumlarda hastanın 1.derecede yakınına ilgili hekim/ sağlık personeli tarafından süreç konusunda bilgilendirme yapılır.

Bu belge, hastalığınızın takip, tedavi ve bakım sürecindeki bilgi ve belgelerin sizin belirleyeceğiniz durumlarda ve sizin belirleyeceğiniz kişi/kişilerle paylaşılmasına onay/yetki vermeniz için hazırlanmıştır.

Lütfen aşağıda belirtilen size uygun olan alanları, onay ve beyanınız doğrultusunda okuyarak doldurunuz.

|  |  |
| --- | --- |
| □ Hastalığımın takip, tedavi ve bakım süreci ile ilgili bilgi ve belgelerin paylaşılmasına onay verdiğim kişi/kişiler; | |
| **Adı Soyadı:** | **Adı Soyadı:** |
| **Yakınlık Derecesi:** | **Yakınlık Derecesi:** |
| **İletişim Adresi ve Telefon No:** | **İletişim Adresi ve Telefon No:** |
| **Tarih: …/…./20…… Saat: ……… HASTA ADI SOYADI/İMZA** | |
| □ Hastalığımın takip, tedavi ve bakım süreci ile bilgi ve belgelerin hiçbir durumda, benden başkası ile paylaşılmasına **İZİN VERMİYORUM.**  Tarih: …/…./20…… Saat: ……… **HASTA ADI SOYADI/İMZA** | |