



NAKİL SONRASI KİŞİSEL BİLGİLERİN AÇIKLANMASINA YÖNELİK RIZA FORMU

I. Amaç

Bu form; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi (TÜRKÖK) - Ulusal Kemik İliği Bankası aracılığı ile gerçekleştirilen akraba dışı hematopoetik kök hücre nakillerinde bağışçı ve alıcıya ait kişisel bilgilerin karşılıklı paylaşımları öncesinde gerekli bilgilendirmenin yapılması ve sonrasında kişilerin rızasının alınması amacıyla düzenlenmiştir.

II. Genel Bilgiler

TÜRKÖK, alıcı ve bağışçının kişisel bilgilerini güvenli bir şekilde korumayı taahhüt eder. Bağışçı ve alıcının kişisel bilgilerinin saklanması ve muhafaza edilmesi 24/3/2016 tarihli ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik, Hasta Hakları Yönetmeliği ve ilgili diğer mevzuat gereğidir.

Bu kapsamda;

- Bağış ya da nakilden 3 ay sonra, TÜRKÖK aracılığı ile iletmek üzere yılda en fazla 2 defa alıcınızın sağlık durumu hakkında bilgi talep edebilir ve kişisel bilgilerinizi (isim, adres, telefon numarası, şehir, ülke gibi) içermeyen mektup yazabilirsiniz.
- Rıza formu üzerinde yazılı onay vermediğiniz sürece kişisel bilgileriniz bağışçı veya alıcıyla paylaşılmaz.
- TÜRKÖK, nakil gerçekleştikten en az 24 ay sonra bağışçıların veya alıcıların kişisel bilgilerini paylaşmasına izin verebilir.
- Nakil gerçekleştikten 24 ay sonra tanışmaya izin verilmesi, alıcı ve bağışçının iki taraflı rıza göstermesi ile mümkündür.
- Eğer alıcınız veya bağışçınız farklı bir ülkede ise; ilgili ülkenin tanışma prosedürüne göre daha uzun süre bekleyebilir, talebinize olumlu veya olumsuz cevap alabilir ya da hiç cevap alamayabilirsiniz.

III. Kişisel Bilgileri Paylaşmanın Riskleri

Bağışçınızın veya alıcınızın, kişisel bilgilerinize sahip olması bir takım riskli durumlar oluşturabilir. Ortaya çıkabilecek bazı riskli durumlar aşağıda belirtilmiş olup, belirtilen risklere ilave olarak dolaylı/ikincil olumsuz durumlar ortaya çıkabilir.

- Bilgi paylaşımından sonra konuyla ilgili yazışma ve görüşmelerde iletişim bilgisi gizliliğiniz kaldırılacaktır.
- Kişisel bilgileriniz karşılıklı olarak paylaşılacaktır. Bu paylaşımından sonra bağışçınız ya da alıcınız ile iletişim kurabileceksiniz. Fakat sonrasında siz iletişimde bulunmak istemeyebilirsiniz.
- Bağışçınız veya alıcınız, onlarla iletişim kurma isteğinize geri dönüş yapmayı tercih etmeyebilir.
- Kişisel bilgilerinizi paylaştığınız kişiler, size kendinizi rahatsız hissettirecek şekilde soru sorabilir veya sizden bilgi paylaşımında bulunmanızı isteyebilirler.



- Kişisel bilgilerinizi paylaştığınız kişiler, sizinle ilgili paylaşmış olduğunuz bilgileri, sizin hakkınızda daha fazla bilgiye ulaşmak için (internet siteleri, üçüncü kişiler, sosyal medya vb. ortamlarda) kullanabilirler. Başka kişilerle sizin hakkınızda bilgi paylaşımında bulunabilirler ve devamında bu kişiler sizinle iletişime geçmek isteyebilirler.
- Bu formu imzalamadan önce lütfen aşağıda yer alan durumlar hakkında nasıl hissedebileceğinizi düşünün;
 - Bağışçınızla veya alıcıyla çok az ortak noktanız olabilir veya kendilerinden hoşlanmayabilirsiniz.
 - Sizinle iletişim kurmalarını istemeyebilirsiniz.
 - İstemediğiniz geri dönüşlerle karşılaşabilirsiniz.
- Alıcılar: Eğer ileride tekrar bir nakle ihtiyaç duyarsanız, bağışçı veya ailesi sizinle doğrudan iletişime geçmek isteyebilir ve bu durum sizin için rahatsız edici olabilir.
- Bağışçılar: Bazı alıcılar nakilden sonra iyileşemeyebilirler. Tekrar bir hematopoetik kök hücre ya da başka bir organ nakline (böbrek nakli, vb.) ihtiyaç duyabilirler. Eğer iletişim bilgilerinizi paylaştıysanız alıcı veya ailesi sizinle doğrudan iletişime geçmek isteyebilir ve nakil için tekrar bağış yapmanızı talep edebilir.

IV. Kişisel Bilgilerinizi Paylaşmanın Muhtemel Olumlu Yönleri

Bağışçınızla ya da alıcınızla kişisel bilgilerinizi paylaşmanın muhtemel olumlu yönleri aşağıda genel olarak belirtilmiştir:

- Bağışçınız ya da alıcınız ile uzun süreli ve derin arkadaşlıklar kurabilirsiniz.
- İyi niyet, teşekkür veya şifa temennisinde bulunabilirsiniz.

V. Sorumluluklar

Kişisel bilgilerinizin paylaşımı tamamen sizin hür iradenizle vereceğiniz karara bağlıdır. Herhangi bir kişi ya da kurum bu konuda karar vermenizde sizi etkileyemez veya yönlendiremez.

- Kişisel bilgilerinizin paylaşımına dair vereceğiniz kararınız hiçbir şekilde TÜRKÖK ile olan ilişkinizi etkilemeyecektir.
- Gizliliğin ortadan kaldırılması neticesinde gelişebilecek risklere yönelik T.C. Sağlık Bakanlığı ve TÜRKÖK'ün herhangi bir sorumluluğu bulunmamaktadır.

VI. Kişisel Bilgi Paylaşımına Dair Karar

Lütfen size yapılan bilgilendirme kapsamında ve hür iradenizle verdiğiniz kararınıza uygun olarak aşağıda yer alan kutucuklardan birini işaretleyiniz.

- Kişisel bilgilerimin bağışçım ya da alıcım ile paylaşılmasını KABUL ETMİYORUM.
(Bu kutucuğu işaretlediyseniz lütfen VII. bölümü doldurmadan VIII. bölüme geçerek ilgili bilgileri doldurunuz.)
- Kişisel bilgilerimin bağışçım ya da alıcım ile paylaşılmasını KABUL EDİYORUM.
(Bu kutucuğu işaretlediyseniz lütfen VII. bölümdeki bilgileri de doldurunuz.)



VII. Açıklanacak Bilginin Niteliği

Aşağıdaki boşluğa sadece bağışçınızla ya da alıcınızla paylaşmak istediğiniz iletişim bilgilerinizi yazınız. Bu bilgiler bağışçınızla veya alıcınızla paylaşılacak olan bilgilerdir. En az bir iletişim yöntemi (telefon numarası, e-posta ya da adres) gereklidir.

Paylaşmak istediğiniz iletişim bilgisi:

- Adres:
Şehir:
Ülke:
- Telefon numarası:
- E-posta:

VIII. İmzalar

Bu formu okuduğunuzu ve kişisel bilgilerinizi bağışçınız ya da alıcınızla paylaşmak istediğinizi/istemediğinizi göstermek için isminizin altına imzalayınız.

(Lütfen “Adı, Soyadı” satırından önceki boşluğa el yazısı ile “Okudum, anladım, konuya ilişkin bilgiler tarafıma sözlü olarak da anlatıldı.” yazınız.)

Bunlardan hangisi sizsiniz?*

- Bağışçı
Adı Soyadı:
İmza:
Tarih:
- Alıcı (18 yaş üzeri ve ayırt etme gücüne sahip kişi)
Adı Soyadı:
İmza:
Tarih:
- Alıcının ebeveyni ya da vasisi (18 yaş altı kişiler veya aklî ve ruhî durumu itibarıyla ayırt etme gücüne sahip olmayan kişiler için):
- Adı Soyadı (Anne)**: Adı Soyadı (Baba)**:
İmza: İmza:
Tarih: Tarih:
 - Adı Soyadı (Vasi):
İmza:
Tarih:

* İmzalayan kişi/kişilerin diğer sayfaları paraflaması gereklidir

** Form ebeveyn tarafından imzalanıyor ise, aklî ve ruhî durumu itibarıyla ayırt etme gücüne sahip olması koşulu ile, hem anne hem de babanın imzası gereklidir.