

MUVAFKATNAME

İşbu muvafakatname kapsamında paylaşmış olduğum telefon ve e-posta bilgilerinin **Dent Risus Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Limited Şirketi** ("Firma") tarafından kampanya, randevu ve tedaviye ilişkin hususlarla ilgili bilgilendirme ve değerlendirme amaçlı SMS, MMS, e-posta şeklinde elektronik ileti gönderilmesine ve tarafımla iletişime geçilmesine açık rıza gösterdiğimi, işbu muvafakati hiçbir baskı veya zorlama altında olmaksızın, hür irademle okuduğumu, kabul ve beyan ediyorum.

İsim -TCKN :

Tarih :

İmza :

GÖRSEL İÇERİK KAYDETME VE İŞLEME ONAM FORMU

Şahsıma ait fotoğraf ve/veya video çekimlerinin yapılmasına ve çekimler sırasında ortaya çıkacak görsel içeriklerimin sağlık hizmetlerinde tanıtım ve bilgilendirme çerçevesinde Dent Risus Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Limited Şirketi tarafından işlenmesine, paylaşılmasına ve kullanılmasına kimliğimin gizli tutulması ile açık rızam olduğunu işbu metni okuyup anladığımı kabul ediyorum.

İsim -TCKN :

Tarih :

İmza :

Açıklamalar :

- Hasta istediği zaman rızayı geri alabilir.
- Bu form, görsel verilerin işlenmesi, kullanılması ve paylaşılmasına yönelik olup, tedavi sürecine bir etkisi yoktur.
- Her cerrahi ve girişimsel işlem risk taşır. Sonuçlar kişiden kişiye değişiklik gösterebilir. Her vakada aynı sonuç elde edilemeyebilir. Erken dönem sonuçları yanıltıcı olabilir, görseldeki sonuçlar zamanla değişebilir. İşlemden önce hasta uygulayıcı hekim tarafından bilgilendirilir.