

Protokol No:

**Sayın Hastamız ve /veya Yakını,**

Bu belge hak ve sorumluluklarınız konusunda bilgilendirilmenizi ve tanı- tedavi işlemlerinizi için onayınızı almak amacıyla hazırlanmıştır.

Tedavi amaçlı geldiğim Özel MEDICABIL Hastanesinde bulunduğum süre içerisinde fiziki muayenemin, özel onam gerekmeyen tüm tıbbi tetkik, tanı ve tedavilerimin uygulanması için onay veriyorum. Tanı ve tedavi amaçlı girişimlerde beklenmeyen yan etkilerin ortaya çıkabileceğini ve düşük olasılıkla bu nedenlerden dolayı yaşamsal riskler doğabileceğini, bana bu konuda herhangi bir garanti ya da söz verilmemiş olduğunu biliyorum.

Özel Medicabil Hastanesi'nin Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşması olmasına rağmen, tetkik ve tedavi masraflarım için genel sağlık sigortamdan faydalanmak istemiyorum, ücretli hasta olarak hizmet almak istiyorum. İleride Özel Medicabil Hastanesi' ne karşı tazminat, mahsup ve geri iade konusunda idari ve veya yargı yoluna başvurmayacağımı, Sosyal Güvenlik Kurumu' ndan herhangi bir ödeme talebinde bulunmayacağımı kabul, beyan ve taahhüt ederek ibra ederim.

*Lütfen, el yazınız ile "okudum, anladım, kabul ediyorum" yazınız!*

**Onaylayan:**

Hasta		Hasta Yakını (1. Derece)	
TC No		Adı Soyadı	
Adı Soyadı		Yakınlık Derecesi	
Telefon Numarası (Ev ve Cep)		Telefon Numarası (Ev ve Cep)	
Tarih/Saat		Tarih/Saat	
İmza		İmza	
Onay Sahibinin Adresi:			

<b>Hasta ile doğrudan iletişim kurulamadığında, iletişimi sağlayan kişinin bilgileri</b>			
İletişim Kurulamama Nedeni			
TC No		Telefon No	
Tarih		Yakınlık Derecesi	
Adı Soyadı-İmza:			