



YATAN VE/VEYA YATACAK HASTA TAAHHÜTNAMESİ

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI / KURUM / SAĞLIK BAKANLIĞI SEVKLİ ÖDEMELER

İşbu taahhütname ile hastanemizde, Anlaşmalı resmi kurumlar ve/veya Sağlık Bakanlığı sevkli ve/veya sözleşmeli Özel Sağlık Sigortası ve/veya Kurum Ödemeli ve/veya Nakit Ödemeli olarak ve/veya şahsen ve/veya hastanın tetkik ve tedavisi ile diğer hizmetlerin ödenmesini üstlenen şahıs vasıtası ile başvuran hastaların, yatarak yapılacak tedavileri ile ilgili olarak;

- Hastane tarafından ödemenin hangi türde/nasıl yapılacağını tarafıma önceden sorulduğunu ve bu konuda bilgilendirildiğimi,
- Yatış sırasında kimliğim ile birlikte, Sağlık Bakanlığı sevk yazısı ile sağlık kurulu raporunu ve/veya özel sağlık sigortası kartını ve/veya teminat limitlerini bildiren sigorta poliçesini, sözleşmeli kurum ve/veya şirket hastaları için Kurum ve/veya şirket kimliğini ve/veya sevk kağıdını ibraz etmeyi, aksi halde işlemlerin nakit ödemeli hasta prosedürüne uygun olarak yürütülmesini ve tedavi giderlerini hiçbir itiraza yer vermeden ödemeyi,
- Resmi Kurum, kuruluş, şirket ve/veya Özel Sağlık Sigortalıların Sevkiye konu olan hastaların tedavi/tetkiklerin haricinde bir tıbbi uygulama ihtiyacı olması halinde, yapılması planlanan tedavi/tetkik hakkında önceden bilgilendirilmiş olması şartıyla, ilave ücretlendirmenin nakit hasta prosedürüne uygun olarak yürütülmesini ve tedavi giderlerini hiçbir itiraza yer vermeden ödemeyi,
- Özel sağlık sigortalı hastaların yatış öncesi alınması gereken provizyon işlemlerinde sorun çıkması halinde, provizyon beklemeden yatış işlemlerinin yapılabilmesi için hastanenin belirlediği avans miktarını ödemeyi,
- Taburculuk işlemlerinin sonuçlandırılabilmesi için, sigorta şirketinden çıkış provizyonunun alınmasının zorunlu olduğunun bilindiğini, çıkış provizyonu alınması aşamasında yaşanan sorunlardan ve gecikmelerden hastaneyi hiçbir şekilde sorumlu tutmayacağımı/zı,
- Taburculuk işlemlerinin sonuçlandırılması için gerekli olan provizyonu alınmaması ya da provizyon kapsamı dışında hizmet bedelinin kalması durumunda da bu bedeli taburculuk işlemleri esnasında hastaneye ödemeyi, taburculuk işlemleri ve/veya fatura tarihinden itibaren 15 gün içinde ödenmemesi halinde yıllık % 25 faizi ile birlikte ödemeyi, kabul, beyan ve taahhüt ederim.
- Tıbbi kayıtlarımın tedavi giderlerimi karşılayan şirket ve/veya kurum ve/veya resmi kurum ve/veya kuruluş ile paylaşılmasını onaylamayı,
- Tarafıma yapılan tedavinin yapıldığına dair kurum faturasını onaylamayı,

NAKİT ÖDEMELİ HASTA

- İşbu taahhütname uyarınca yapılacak bildirim ve tebliğlerin işbu taahhütnamede belirtilen adreslere gönderilmesi halinde, yapılan tebliğlerin usulüne uygun ve geçerli tebliğ olarak addolunacağını kabul, beyan ve taahhüt ederim.
- Yatış öncesi, hastanenin her türlü tetkik, tedavi ve ameliyat ile ilgili her türlü muhtemel giderleri için, belirleyeceği oranda avans ödemeyi,
- Yatış süresince hastane tarafından talep edebilecek ara ödeme tutarını, hiçbir itiraza yer olmaksızın ödemeyi,
- Hastanenin her türlü tetkik, tedavi ve ameliyat giderleri ile otelcilik hizmetleri ile ilgili her türlü giderler ile ilgili ücretleri taburculuk işlemleri esnasında hastaneye ödemeyi; taburculuk işlemleri ve/veya fatura tarihinden itibaren 15 gün içinde ödenmemesi halinde yıllık % 25 faizi ile birlikte ödemeyi, kabul, beyan ve taahhüt ederim.

TÜM YATIŞ SÜREÇLERİ İLE İLGİLİ OLARAK

- Tedavi ve ödeme işlemlerinde öncelikli belirleyici olarak, tarafıma ait kimliği tüm hizmet süreçlerinde hastanemize ibraz etmek üzere yanımda bulunduracağımı, yatışım süresince tarafıma ait kimlik belgesinin hastane yönetiminde muhafaza edileceğini,
- Ödemelerin hastanenin kabul edebileceği yöntemlerle ödemeyi, farklı bir ödeme şekli önermemeyi,
- Ödeme işlemleri esnasında; indirim, faturasız ödeme, düşük fatura talebinde bulunmamayı, bu tür taleplerin kabul edilmeyeceğini,
- Hastanenin belirlemiş olduğu hasta çıkış saatleri dışında, taburcu olma talebinde bulunmamayı,
- Hastanede kalışım süresince genel hizmetler ve şahsıma uygulanacak teşhis ve tedavi maliyetleri konusunda talep ettiğim bütün bilgileri aldığımı, bilgi almadığım sair hizmetlerin ücretlendirilmesinde hastane ücret tarifesinin uygulanmasını kabul ettiğimi/zı; (Ücretler, Kıbrıs Türk Tabipler Birliği ve/veya Türk Tabipler Birliği'nin periyodik olarak belirledikleri ve yürürlükte olan ücret tarifelerine göre ve artı otelcilik hizmetleri olarak Hastane tarafından tespit edilir. Sevke tabi hastalar bu taahhütnamenin 2,3 ve diğer ilgili maddelerine tabidir.)
- Hastane idaresinin belirlediği, ziyaret saatleri dışında, yatan hasta servislerine ziyaretçi kabul edilmeyeceğini,
- Doktorum tarafından gerekli görülmesi halinde, bir kişiyle sınırlı kalmak şartıyla tarafıma belirlenen refakatçimin açık kimliğini, hastane yönetimine zamanında bildirim zorunluluğum olduğunu ve kendisine kimlik verilecek "refakatçi kartı" ile tedavimin sürmekte olduğu yatan hasta servisine giriş-çıkışlarda yetkilendirildiğini,
- Yoğun bakım ünitelerine ziyaretçi ve refakatçi kabul edilmeyeceğini, (Doktor izninin olması kaydı ile özel ve gerekli durumlar hariç.)
- Hastane içerisinde bütün ve bütün mamullerinin içilmesinin yasak olduğunu,
- Hastane tarafından verilen "Hasta ve Yakınlarının Hakları ve Sorumlulukları" kitapçığını aldığımı ve okuduğumu/zu ve uygulayacağımı/zı,
- Eşyalarımın çalınması veya kaybolması halinde sorumluluğun bende olduğunu kabul ediyorum.

Ben / Biz aşağıda imza sahibi/sahipleri bir sayfadan oluşan İşbu taahhütnameyi yatış öncesinde ve/veya yatış esnasında okuduğumu/zu ve tüm maddelerini müştereken ve/veya münferiden kabul ve taahhüt ettiğimi/zı beyan ve imza eder/im/iz.

Tarih:/...../.....

1. Taahhüt Eden

Hastanın Adı Soyadı: _____

K.K.No.: _____

Adres (cadde/sokak, no, bölge): _____

İletişim No: _____

Mail Adresi: _____

Doğum Tarihi: .../.../.....

Anne Adı: _____

Baba Adı: _____

İmza: _____

2. Taahhüt Eden

Hastanın Yasal Temsilcisinin

Adı Soyadı: _____

Adresi (cadde/sokak, no, bölge): _____

Yakınlık Derecesi: _____

K.K.No.: _____

İletişim No: _____

Mail Adresi: _____

Doğum Tarihi: _____

Anne Adı: _____

Baba Adı: _____

İmza: _____

Eğer hastanın yasal temsilcisinden rıza alındıysa nedenini belirtiniz;

☐ Hastanın bilinci kapalı

☐ Hasta 18 yaşından küçük

☐ Hastanın karar verme yetisi yok

☐ Acil Durum