



TAHMİNİ FATURA TUTARI BELİRLEME FORMU

Hasta Adı Soyadı : _____ Protokol No : _____
Doktor Adı Soyadı : _____ Ödeyici Kurum Adı : _____
Departman : _____ Öngörülen İşlem Tarihi : _____
ICD10 Kod(ları) : _____ Telefon Numarası : _____

* Fiyat verme departmanı ** Doktor tarafından doldurulacaktır

**DOKTOR	İşlem Adı / Tedavi Planı (TTB)	İşlem Kodu	SUT Kodu	TTB Puanı	*Fiyat (TL)
	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				

**DOKTOR	Özellikli Malzeme / İlaç Adı	Malzeme Kodu	UBB Kodu	*Fiyat (TL)
	1.			
	2.			
	3.			

**DOKTOR	Özellikli Lab. / Rad. / Pat. İsteği (MR, BT, frozen section gibi işlemler)	*Fiyat (TL)

**DOKTOR											*Fiyat (TL)	
	Kesi Sayısı	1	/	2	/	3	/	4				
	Nüks vaka	Hayır	/	Nüks 1	/	Nüks 2						
	Revizyon	Hayır	/	Evet								
	Asistan sayısı	0	/	1	/	2						
	Anestezi	Genel	/	Lokal	/	Epidural	/	Spinal	/	Sedo aneljezi		
	Preop Tetkik Paneli	Panel 1	/	Panel 2	/	Panel 3	/	Panel 4	/	Panel 5	/	Panel 6

**DOKTOR	Yatak tipi ve beklenen yatış günü	*Fiyat (TL)
	Günübirlik 0	
	Normal Oda 1 / 2 / 3 / 4 / 5 /	Diğer (Belirtiniz)
	Suit Oda 1 / 2 / 3 / 4 / 5 /	Diğer (Belirtiniz)
	Yoğun Bakım 1 / 2 / 3 / 4 / 5 /	Diğer (Belirtiniz)
	Refakatçi Var / Yok	

*Tahmini Toplam Fiyat (TL):

- Notlar:** 1- Toplam tutarın % 50 si yatış esnasında avans olarak alınır.
2- CardPlus ve Türkiye İş Bankası kredi kartlarına vade farksız 2.000 TL ve üzeri 5 taksit yapılabilir. 3-Formda belirtilen hizmetlerin dışında kalan hizmetlerin ve özel harcamaların (telefon, kafeterya vb.) bedeli verilen tı
4- Ameliyat esnasında ve / veya sonrasında ortaya çıkabilecek öngörülemez tıbbi tedavi ve müdahale gerektiren durumlar ve bunların bedeli verilen toplam tahmini fiyata dahil olmayıp, ayrıca ücretlendirilecektir.
5- Verilen Fiyatlar tarihine kadar ve yazılı olan ameliyat / medikal tedavi için geçerlidir. Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi cari satış fiyatlarını bildirim veya yükümlülük altına girmeden değiştirme hakkını saklı tutar.

Hasta/ Hasta Yakını
Adı Soyadı
İmzası

Fiyat Bilgisi Veren
Adı- Soyadı
İmzası