



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

.....adlı tıbbi malzemenin/cihazın Sosyal Güvenlik Kurumunca bedelinin ödenmediği bu form ile şahsıma bildirilmiştir.

...../...../.....
Tebliğ Eden
(SHS Yetkilisi)
İmza/Kaşe

...../...../.....
Hasta Yakını
Adı / Soyadı
TC Kimlik no / İmza