

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU MENSUBU

HASTA KABULÜ RED VE HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) genel hükümleri gereği aşağıda belirtilen nedenlerle isimli hastanın hastanemizdeki tedavisi/işlemi Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında yapılamamıştır.

Mesul Müdür

- ☐ Talep edilen hizmetin hastanemizden sağlanmaması/ Ruhsatta kayıtlı hizmet verilen bölüm olmaması
- ☐ Hastanın 15 günü aşmayan bekleme süresini kabul etmemesi
- ☐ Hastanın istenen fark ücretini ödemeyi kabul etmemesi
- ☐ SUT' ta ödenmeyeceği belirtilen ilaç/tıbbi malzeme/işlem talebi ve uygulanması
- ☐ Hastanın ücretlendirme ve benzeri hususlarda bilgilendirilmesi üzerine tetkik ve tedavisinin Sosyal Güvenlik Kurumu mensubu olarak değil, bireysel ödeme/özel sağlık sigortası kapsamında yapılmasını talep etmesi
- ☐ Diğer

Yukarıdaki neden veya nedenlerden dolayı hastanenize, resmi Sosyal Güvenlik sigortam kapsamında kabul edilemeyeceğimi ve bu konuda her türlü bilgilendirmenin tarafıma yapıldığını beyan ve kabul ediyorum.

Hasta/ Hasta Yakını Adı Soyadı: İmza:

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