|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu | **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **İlave Ücret Hasta Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.34 |
| Yayın Tarihi | 12.12.2023 |
| Revizyon Tarihi | 29.01.2024 |
| Revizyon No. | 1 |
| Sayfa No. | 1/1 |

|  |
| --- |
| **İLAVE ÜCRET HASTA RIZASI** |
| Başvurduğunuz ALKÜ Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi ile SGK arasında yapılan’ ’SAĞLIK HİZMETLERİ SÖZLEŞMESİ’ ’kapsamında talep ettiğim sağlık hizmetlerini kendim ve/veya ailem için almak istiyorum.  SGK sağlık uygulamaları tebliğinin 1.9.1 maddesi uyarınca ALKÜ Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi bünyesinde tarafımıza yapılacak olan özel tüm muayene ve tıbbi işlemler öncesi işlemlerin ne olduğundan ve eğer varsa alınacak fark ücretinden haberdar edildim. Yapılacak işleme ek olarak çıkabilecek her türlü fark ücretini ödemeyi kabul ve taahhüt ederek, işlemlerimin yapılmasını talep ediyorum. Aldığım ………………………………………………………… hizmet karşılığı verdiğim Öğretim Üyesi Farkı / Kamu Satış Tarifesi fark ücretini kesinlikle SGK veya başka kurumlardan talep etmeyeceğimi, böyle bir hakkım olmadığını kabul ediyorum. Ayrıca mensubu olduğum sosyal güvenlik kurumuna dair belgeleri vermezsem ya da provizyon alınamazsa alacağımız tüm sağlık hizmetleri bedelini kamu satış tarifesi cari fiyatlarından ödeyeceğimi kabul ve taahhüt ederim.  Tedavi ücretimi;  Tek ödeme şeklinde tamamını yatıracağım.  Başlangıç, ara ve son dönem faturalandırma nezdinde üç ödeme şeklinde yatıracağım.  Başlangıç, ara ve son dönem faturalandırma nezdinde üç ödeme şeklinde ödemeyi kabul ettiğim dahilinde ileriki fatura dönemlerinde oluşabilecek Sağlık Bakanlığı’nın belirlediği resmi ücret zamları hakkında bilgilendirildim.  Hastanın Adı Soyadı: ……………………………………… İmzası: …………. Tarih/Saat: ……  (Hasta Onay Veremeyecek Durumda İse)  Hasta Vasisi/Yakının Adı Soyadı: ……………………….... İmzası: ………..…Tarih/Saat:…… (Yakınlığı:……………………..)  *NOT: Hasta 18 yaşından küçükse bilinci kapalıysa veya imza yetkisi yoksa, onay yasal temsilcisi tarafından verilir.* |
|  |