

KU.FR.16

19.07.2019

Revizyon No

Revizyon tarihi

1/1

..... HASTANESİ

BİLGİLER	HASTA	YAKINI
Protokol No		
Adı		
Soyadı		
T.C. Kimlik No		
Baba Adı		
Anne Adı		
Doğum yeri		
Doğum Tarihi		
Ev Telefonu		
Cep Telefonu		
Adresi		

Not: Yukarıdaki bilgiler eksiksiz ve anlaşılır olarak doldurulmalıdır. İlgili klinik yetkilisi ve hasta / hasta yakını tarafından imzalandıktan sonra Hastane Başmüdürlüğüne EBYS üzerinden gönderilecektir.

SOSYAL GÜVENCESİ

- SGK (Bağ-Kur – E.S – S.S.K)
 Yeşil Kart
 Kamu Çalışanı (aktif çalışan ve aile fertleri)
 Ücretli
 Diğer.....

Herhangi bir sosyal güvencemin olmaması ve/veya resmi evraklarımın yanımda olmaması ya da müstehaklık alınamaması nedeniyle hastanenizden adıma ve/veya yakınıma yapılacak tedavi kaydının ücretli olarak yapıldığı bu form ile şahsıma bildirilmiştir.

... / ... / 20...
Tebliğ Eden (kurum yetkilisi)
İmza/Kaşe

... / ... / 20....
Hasta / Hasta Yakını
Adı-soyadı- İmza