

HASTA KABUL ONAM FORMU

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO:	REVİZYON TARİHİ:	SAYFA NO:
HD. HH. FR. 04	01.10.2026	0		1 / 2

HASTA BARKODU

- ☐ Mahremiyet hakkı
- ☐ Hastaya ait bilgilerin gizliliğinin sağlanması hakkı
- ☐ Hasta güvenliği ve emniyeti hakkı
- ☐ Sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirilme ve hasta rızasının alınması hakkı
- ☐ Hasta sorumlulukları
- ☐ Ücretlendirmeye yönelik hususlar

Hasta 18 yaş altında mı? ☐ Hayır ☐ Evet ise Anne Baba Sağ mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Anne Baba hala evli mi? ☐ Evet ☐ Hayır ise Vekâlet kimde? ☐ Anne ☐ Baba

Vekalet sahibi Ad Soyad:.....

Adres:

Tel No:

Hastayı getiren kim? Adı Soyad:.....

Adres:

Tel No:.....

Hastayı getiren veli değil ise veli ile telefon görüşmesi yapıldı mı? ☐ Yapıldı ☐ Yapılacak

Yapılmadı ise nedeni:

Sayın hasta/ hasta vekili/ yasal temsilcisi,

* Sağlık durumunuz/ hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size/ hastanıza önerilen tıbbi/ cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek ya da kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahipsiniz.

* Başvuru sebebim olan yakınmalarımı değerlendirmek; gerekli muayene, inceleme ve tedavi uygulamalarını yapmak üzere Kuzey Göz Hastalıkları Merkezi hekimleri, hemşire ve diğer sağlık çalışanları ile birlikte yetkili kılıyorum ve bu uygulamaların yapılmasını onaylıyorum.

* Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında önemli risk içermeyen fizik muayene, ilaç gerektirmeyen radyolojik incelemeler ve elektrokardiyografi, elektromiyografi, ekokardiyografi gibi tetkikler ile kan, idrar ve diğer vücut sıvıları testlerinin "güncel kabul edilmiş ulusal ve/ veya uluslararası tıbbi kılavuzlarda önerilen gerekçelerle" uygulanmalarının kabul ediyorum.

* Risk içeren herhangi bir ameliyat veya girişim yapılması, anestezi uygulamaları, kan ve kan bileşenleri nakli gerektiği durumda, yetkili doktor tarafından olası alternatifler, fayda, risk ve komplikasyonlara dair yazılı ve sözlü bilgilendirme yapılarak onay isteneceğini ve önerilen ameliyat/ girişimi kabul veya red etme hakkım olduğunu biliyorum.

* Merkezde tanı ve tedavi amaçlı kaldığım sürece, hasta hakları ve sorumlulukları kapsamında belirlenmiş olan ve bilgilendirildiğim tüm hastane kurallarına uymayı kabul ediyorum.

* Bilgilendirme ve tanıtım amaçlı olarak gönderilecek e-mail, posta ve SMS'lerin iletişim bilgilerime gönderilmesine izin veriyorum.

* Sağlık kuruluşundaki kullanılan demirbaşlara verilen kasıtlı zararları tazmin edeceğimi taahhüt ederim.

* Merkezde tanı ve tedavi sürecindeki hizmet bedelleri (ücretleri) ve bu bedellerin SGK tarafından karşılanıp karşılanmadığı; ödemem gereken ücret farkları, hasta katılım payı ve SGK tarafından yayınlanan tebliğin 4.2. maddesinde belirtildiği üzere kurumca Finansmanı sağlanmayan durumlar hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgi aldım ve bu fark ücretlerini ödemeyi kabul ve taahhüt ediyorum .

* Talep ettiğim her türlü sağlık hizmeti (muayene, tektik, tahlil, müdahale, ameliyat ve her türlü komplikasyon) için SGK tarafından ödenecek ücret dışında, Kuzey Göz Hastalıkları Merkezi TRABZON'un talep edeceği ilave ücretleri (farkları) sağlık uygulama tebliği madde 1.9.1. uyarınca kabul ettiğimi, ödediğim ilave ücretlerin SGK tarafından tarafıma geri ödenmeyeceğini, bu amaçla SGK'ya müracaat etmeyeceğimi kabul ve taahhüt ederim.

* SGK Sağlık Uygulama Tebliği 1.7. maddesi 2. Fıkrasında belirtilen istisnai durumlar için, gerekli tedavi işleminin yapılacağı ancak süresi içerisinde aktivasyon işlemini gerçekleştirmediğim takdirde özel hasta olarak ödeme yapacağımı ve alınan ücreti Sosyal Güvenlik Kurumundan talep etmeyeceğimi beyan, kabul ve taahhüt ederim.

HASTA KABUL ONAM FORMU

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO:	REVİZYON TARİHİ:	SAYFA NO:
HD. HH. PR. 04	01.10.2026	0		2 / 2

* Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kaybolduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere

.....isimli kişiyi yetkili kılıyorum.

(Hastanın yetkili kıldığı kişi, hastanın vekili/ yasal temsilcisi olarak, imzalamalıdır. 11. Madde alana; Eğer hasta 18 yaşın altında ise velinin adı, hasta velayet altında ise velayet sahibinin adı, hasta 18 yaşın üstünde ve temyiz kudretine haiz değil ise vasisinin ismi yazılır.)

.....(El yazınız ile okuduğumu anladım kabul ediyorum yazınız)

Hasta Ad Soyad (el yazısı ile).....İmzası:.....Tarih :...../...../.....

Hastayı getiren kişi

Hasta Ad Soyad (el yazısı ile).....İmzası:.....Tarih :...../...../.....

Hastanın dil iletişim problemi var ise ;

Hastaneye Kabul Onam Formundaki bilgileri hastaya / yasal temsilcisine en iyi şekilde aktardım / tercüme ettim. Tercüme ettiğim aktardığım bilgileri hasta/ yasal temsilcisi tarafından anlaşılmıştır.

Tercüme Yapan Ad Soyad (el yazısı ile).....İmzası:.....Tarih :...../...../.....

Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1.derece kanuni mirasçılar yasal temsilcilerdir. Bu onay formunu imzalamak hastanın kanuni haklarını ortadan kaldırmaz. Tıbbi uygulamalarla ilgili tüm şikâyetleriniz de veya değinmek istediğiniz her konuda gündüzleri Hasta Hakları Bölümü'ne, başvurabilirsiniz.

Sağlık Uygulama Tebliği madde 1.9.1. – 7. Fıkrasında belirtilen hastaya sunulan hizmetler ve ilave ücret tutarını gösterir Belgeyi işlem tarihinde veya Taburcu tarihinde teslim aldım.

Talep ettiğim Muayene ve diğer tetkik ve tedavi hizmetlerini aldım.

Hastanın Ad ve Soyadı (el yazısı ile):.....İmzası:.....
Tarih:/...../..... Saat:.....:.....

Hastanın veli(vasisi) yasal temsilcisi):.....İmzası:.....
Tarih:/...../..... Saat:.....:.....