

A. Genel Sağlık Sigortası HAK SAHİBİ DEĞİLİM. Cari fiyatlar hakkında bilgilendirildim. Bu fiyatlar üzerinden tetkik ve tedavimin yapılmasını, oluşacak hizmet bedellerini cari fiyatlarınız üzerinden ödemeyi ve bu ücretin tarafıma geri ödenmesi için HERHANGİ BİR KURUMA başvurmayacağımı beyan, kabul ve taahhüt ediyorum.

Hasta ve/veya yakınının

Adı – Soyadı	DENEME DENEME	T.C. Kimlik No	Dosya / Prot No	İmza
B. Genel Sağlık Sigortası Hak Sahibiym, ücretli statüde cari fiyatlarınız hakkında bilgilendirildim. Kendi isteğimle hizmeti Sosyal Güvenlik Kurumu'na fatura edilmeden cari fiyatlar üzerinden ve/veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında kurum ödemesinden faydalanacağımı bildiğim hizmetler için de ikinci basamak özel sağlık kuruluşunda hizmeti yaptırmayı ve cari fiyatlar üzerinden ücreti ödemeyi kabul ve taahhüt ediyorum. Bu ücretin tarafıma geri ödenmesi için Sosyal Güvenlik Kurumu'na başvurmayacağımı beyan,kabul ve taahhüt ediyorum.				

Hasta ve/veya yakınının

Adı – Soyadı	DENEME DENEME	T.C. Kimlik No	Dosya / Prot No	İmza
C. Genel Sağlık Sigortası HAK SAHİBİYİM. ÖZEL OPTİMED HASTANESİ ile SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI (SGK) arasında yapılan sözleşme kapsamında; tarafıma sunulacak sağlık hizmeti (muayene,tetkik/tahlil, müdahale, ameliyat ve her türlü komplikasyonlar) için Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenecek ücret dışında, hastalığının tanı ve tedavisine yönelik işlemlerin devamı süresince, ÖZEL OPTİMED HASTANESİ'NİN talep edeceği Sağlık Uygulama Tebliği 1.9.1.1, 1.9.4 ve 1.9.5 e göre ilave ücretleri Sağlık Uygulama Tebliği Madde 1.9.1.1, 1.9.4 ve 1.9.5 uyarınca kabul ettiğimi, Sağlık Uygulama Tebliğinin 1.9.1 maddesinde belirtilen muayene,tetkik, tedavi işlemleri dışında kalan kendime ve/veya yakınlarıma sağlanan hizmetleri “ayaktan ve yatan genel işletme giderleri” adı altında ödemeyi, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 64.maddesine göre Kurumca finansmanı karşılanmayan işlemler tıbben gerektiğinde veya talep ettiğimde ise tarafıma tahakkuk edilecek ücretlerin Sağlık Uygulama Tebliği 1.9.1.4.madde gereğince ilave ücret olarak değerlendirilmediği konusunda bilgilendirildiğimi ve bu tutarları kendi isteğimle ödemeyi kabul ettiğimi ve SGK tarafından tarafıma geri ödenmeyeceğini, bu amaçla SGK'na müracaat etmeyeceğimi ve böyle bir hakkımın olmadığını beyan, kabul ve taahhüt ederim. Sözleşme Madde 12.7 uyarınca uygulanan işlemlerin ayrıntılarını gösterir belgenin tarafıma ve/veya yakınımına sunulduğunu, Sağlık Uygulama Tebliği 1.8.1.4 veya 1.8.5 uyarınca gerekli işlemlerin yürütüldüğünü, Ayrıca hak sahibi olduğuma dair belgelerin eksik kalması veya tamamlanamaması halinde ÖZEL OPTİMED HASTANESİ 'den alacağım tüm hizmetlerin bedelini cari fiyatlarınızdan ödeyeceğimi ve başvuru anında bilgilendirilip uyarılmama rağmen bahse konu belgeleri ibraz edemediğim takdirde peşin ödemede bulunduktan sonra, tetkik ve tedavimin başlamasını takiben geriye yönelik olarak ücret iadesi talebinde bulunamayacağımı, bu sorun benim yaklaşımından kaynaklandığı için şikayet konusu yapmayacağımı, imzaladığım bu taahhütnameyi ve adı geçen sözleşme ve Sağlık Uygulama Tebliği maddelerini okuyup anlayarak imzaladığımı beyan, kabul ve taahhüt ederim.				

Hasta ve/veya yakınının

Adı – Soyadı	DENEME DENEME	T.C. Kimlik No	Dosya / Prot No	İmza
D. Sosyal Güvenlik Kurumu HAK SAHİBİYİM. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Madde/64 uyarınca (yöntem, tür, miktar ve kullanım sürelerinin belirlenmesi sonucunda) Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin kapsamı dışında bırakılan sağlık hizmetleri için Merkezinin cari fiyatları üzerinden işlem yaptırmayı, Sağlık Uygulama Tebliği 1.9.1.4 maddeye göre ödeyeceğim bu ücretlerin ilave ücret olarak değerlendirilmeyeceği konusunda bilgilendirildiğimi, ilgili hizmet bedellerinin ödenmesi için herhangi bir Kuruma başvurmayacağımı beyan, kabul ve taahhüt ederim.				

Hasta ve/veya yakınının

Adı – Soyadı	DENEME DENEME	T.C. Kimlik No	Dosya / Prot No	İmza
E. Özel hastanede tedavi masraflarımın kendim veya kanuni temsilcim tarafından hastaneye yapılacağına dair işlemler yapılmadan önce bilgilendirildim. Before all my procedures start in the private hospital, I have been informed that my treatment expenses will be paid to the hospital by myself or by my legal representative.				
Hasta veya Kanuni Temsilcisi	Misafir Hekim Sorumlusu	Misafir Hekim	Mesul Müdür / Başhekim	
Patient or Patient Representative	Guest Pysician Responsible	Guest Physician	Responsible Manager / Head Physician	
İmza / Signature	İmza / Signature	İmza / Signature	İmza / Signature	

EK2 RIZA FORMU

Sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunun 67'inci maddesine göre kimlik doğrulaması yapılabilmesi amacıyla biyometrik verilerin alınmasına muvafakat ediyorum.

Tarih: 9.03.2023 09:31:37

Adı - Soyadı	T.C. Kimlik No	Dosya No:	İmza	Prot No :
				

DENEME DENEME**6698 SAYILI KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU HAKKINDA BİLGİLENDİRME**

6698 sayılı KVKK uyarınca, hastanemiz ile paylaştığınız kişisel verileriniz, tamamen veya kısmen, otomatik olarak veya herhangi bir veri kayıt sisteminin parçası olmak kaydıyla otomatik olmayan yollarla elde edilerek, kaydedilerek, depolanarak, veriler üzerinde gerçekleştirilen her türlü işleme konu olarak işlenebilecektir. KVKK kapsamında veriler üzerinde gerçekleştirilen her türlü işlem “kişisel verilerin işlenmesi” olarak kabul edilmektedir. Kişisel verileriniz kurumun yürürlükteki mevzuat ile kanuni ve sözleşmelerden doğan yükümlülüklerini yerine getirebilmesi, sağlık ve destek hizmetlerini sunabilmesi, işletme faaliyetlerini yürütebilmesi amacıyla toplanır. Mevzuat ve Kanuni yükümlülüklerin yerine getirilmesi amacıyla, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu,663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Özel Hastaneler Yönetmeliği, Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik ve ilgili diğer düzenlemelerde yer alan hukuki yükümlülüklerimizi yerine getirme, Kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi amacıyla, Kurum ile ilgili süreçlerin düzenlenmesi ve hizmet kalitesinin artırılması amacıyla, Sağlık sözleşmeleri kapsamındaki haklarınızın doğrulanması amacıyla, Kurumsal faturalama yapılabilmesi amacıyla, Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere diğer kamu kurum ve kuruluşlarının isteklerine cevap verme amacıyla, kullanılmaktadır.

Kayıt aşamasında bildirmiş olduğumuz cep telefonu numaramın ve e-posta adresimin Optimed Sağlık Hizmetleri San. Tic. A.Ş. tarafından hatırlatma, bilgilendirme, tanıtım ve reklam içerikli kısa mesajlar (SMS, MMS, e-posta, randevu, anket vb.) ve aramalar için kullanılabileceğini, telefon ve e-posta adresimin diğer kurum ve şahıslarla paylaşılmamak kaydıyla kabul, beyan ve taahhüt ederim

İmza

1.7.2 - MEDULA SİSTEMİNDEN KAYNAKLANAN NEDENLERLE PROVİZYON ALINAMAMASI

(1) Kurum Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü yetkililerince imzalanacak bir tutanak ile tevsik edilmesi kaydıyla MEDULA sisteminden kaynaklanan arıza nedeniyle hasta takip numarasının alınamadığı süre zarfında Kurum sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olduğunu yazılı olarak beyan etmek veya belgelemek suretiyle müracaat eden kişilerin sağlık hizmetleri Kurumca karşılanır. Daha sonra yapılan sorgulama sonucu bu kişilerin müstahak olmadığının tespit edilmesi halinde, tedaviye ait fatura bedeli ilgili sağlık kurumuna/kuruluşuna ödenerek gerekli yasal işlemler Kurumca yürütülür.

ACİL HALİN SONA ERMESİNE İLİŞKİN BİLGİLENDİRME FORMU

Acil hal nedeniyle başvurduğum ÖZEL OPTİMED INTERNATIONAL ÇORLU HASTANESİ'nde yapılan tedavim sonrası acil halimin sona erdiği ve bundan sonra sunulacak sağlık hizmetleri için Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenen usul ve esaslara göre ilave ücret ödemeyi ve ödediğim ilave ücreti Sosyal Güvenlik Kurumundan talep etmeyeceğimi kabul ve taahhüt ediyorum

Hasta ve/veya yakınının		Sağlık Hizmeti Sunucusu Yetkilisi	
	: DENEME DENEME	Adı - Soyadı	:
T.C. Kimlik No	:	Görevi	:
Dosya / Prot	:	Tarih	:9.03.2023 09:31:37
	: Cep	İmza	:
Adresi	:	Yazdıran Kullanıcı Adı :	
Tarih	:9.03.2023 09:31:37		
İmza	:		