



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

**MUAYENE BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU**

|              |            |
|--------------|------------|
| DOKÜMAN KODU | HB.FR.245  |
| YAYIN TARİHİ | 19.11.2021 |
| REVİZYON NO  | 0          |
| REV. TARİHİ  | 0          |
| SAYFA NO     | 1 / 1      |

ADI SOYADI :  
DOSYA NO :  
T.C. KİMLİK NO:  
BAŞVURU NO :  
TELEFON :  
ADRES :

DOKTOR ADI SOYADI:

DOKTOR KODU:

BÖLÜMÜ :

İŞLEM ADI:

İŞLEM KODU:

ANESTEZİ (VARSA): LOKAL ☐ GENEL ☐

AYAKTAN TEDAVİ ☐

ANESTEZİ DOKTORU :

YATARAK TEDAVİ ☐

ANESTEZİ DOKTOR KODU :

İlgili mevzuat hükümleri çerçevesinde Öğretim üyelerine muayene, ameliyat ve tedavi hizmetleri için Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından usul ve esaslara göre ilave ücret ödemeyi ve ödediğim ilave ücreti SGK'dan talep etmeyeceğimi taahhüt ediyorum.

Hasta/Yakını Adı Soyadı

İmza –Tarih