MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
HAFSA SULTAN HASTANESİ

HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

…… **HASTANESİ**

BİLGİLER	**HASTA**	**YAKINI**
Protokol No		
Adı		
Soyadı		
.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