MESAİ DIŞI ÖĞRETİM ÜYESİ MUAYENESİ TALEP VE BİLGİLENDİRME FORMU

BARKOD

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde tarafıma yapılacak olan muayene, tetkik, tahlil, müdahale,ameliyat ve her türlü komplikasyonlar için, tarafıma/yakınım .....'e sunulacak olan sağlık hizmetini, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) 1.9.1 maddesi ve Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi ile yürürlüğe konmuş olan Mesai Dışı Öğretim Üyesi (MDÖ) tarafından verilen sağlık hizmeti kapsamında almak istiyorum.

Bu kapsamda, talep ettiğim her türlü sağlık hizmeti ve tıbben gerekli görüldüğü takdirde, hastalığın tanı ve tedavisine yönelik uygulanacak işlemler (muayene, tetkik, tahlil, ameliyat vb.) için, tedavi süreci öncesinde oluşacak ücretlerle ilgili olarak ve bu ücretlerin vezneye ödenmesi konusunda, SUT 1.9.1 maddesi ve Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi hükümleri doğrultusunda bilgilendirildim ve kabul ettim.

Talep Eden Adı Soyadı: **İmza:** **Tarih:** …./…./20..

HD.FR.29/Rev01/01.08.2025

MESAİ DIŞI ÖĞRETİM ÜYESİ MUAYENESİ TALEP VE BİLGİLENDİRME FORMU

BARKOD

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde tarafıma yapılacak olan muayene, tetkik, tahlil, müdahale,ameliyat ve her türlü komplikasyonlar için, tarafıma/yakınım .....'e sunulacak olan sağlık hizmetini, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) 1.9.1 maddesi ve Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi ile yürürlüğe konmuş olan Mesai Dışı Öğretim Üyesi (MDÖ) tarafından verilen sağlık hizmeti kapsamında almak istiyorum.

Bu kapsamda, talep ettiğim her türlü sağlık hizmeti ve tıbben gerekli görüldüğü takdirde, hastalığın tanı ve tedavisine yönelik uygulanacak işlemler (muayene, tetkik, tahlil, ameliyat vb.) için, tedavi süreci öncesinde oluşacak ücretlerle ilgili olarak ve bu ücretlerin vezneye ödenmesi konusunda, SUT 1.9.1 maddesi ve Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi hükümleri doğrultusunda bilgilendirildim ve kabul ettim.

Talep Eden Adı Soyadı: **İmza:** **Tarih:** …./…./20..

HD.FR.29/Rev01/01.08.2025