



HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

Doküman No.	HAH. FRM.10	Revizyon No:0	Revizyon Tarihi:
Yürürlük Tarihi	27.09.2018	Sayfa Numarası:	1/1

REVİZYON DURUMU

Revizyon Tarihi	Revizyon No	Açıklama
-	0	

ADI / SOYADI

İMZA

Hazırlayan	FATURALAMA BİRİM SORUMLUSU BURHAN BAŞKAHYA
Kontrol Eden	KALİTE VE DESTEK HİZMETLERİ MÜDÜRÜ
Onaylayan	BAŞHEKİM YARDIMCISI (KALİTEDEN SORUMLU MERKEZ MÜDÜR YARDIMCISI)

"NKU Kalite Sistemi'ne ait güncel dokümanlar Kalite Yönetim Sistemi (KYS) üzerindedir. Basılı ortamda bulunan dokümanlar "**Kontrolsüz Kopya**" niteliğindedir. Basılı ortamda kontrollü kopya talebinizi Kalite Koordinatörlüğü'ne iletmeniz rica olunur."



HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

Doküman No.	HAH. FRM.10	Revizyon No:	Revizyon Tarihi:
Yürürlük Tarihi	27.09.2018	Sayfa Numarası:	2/1

HASTANIN BİLGİLERİ

ADI SOYADI		
İŞLEM KODU VE ADI		
..../..../20.... TARİHİNDEKİ İŞLEM ÜCRETİ		
MESAI İÇİ <input type="checkbox"/>	RAPORLU <input type="checkbox"/>	RAPORSUZ <input type="checkbox"/>
MESAI DIŞI <input type="checkbox"/>	RAPORLU <input type="checkbox"/>	RAPORSUZ <input type="checkbox"/>

NOT 1: Hastaya verilen ücret bilgileri sadece yukarıda belirtilen ameliyat koduna ait olup ilave yapılacak olan işlemler ayrıca ücretlendirilir.

NOT 2: Patoloji işlemlerinde ilave işlemlerden dolayı ayrıca ücretlendirilir.

Yukarıda konu edilen işlem ve ücreti hakkında bilgi sahibi oldum. Kabul Ediyorum.	<input type="checkbox"/>
Hasta / Hasta Yakını Adı Soyadı:	İmza:
Yukarıda konu edilen işlem ve ücreti hakkında bilgi sahibi oldum. Kabul Etmiyorum.	<input type="checkbox"/>
Hasta / Hasta Yakını Adı Soyadı:	İmza:

İŞLEMİ GERÇEKLEŞTİRECEK AKADEMİK PERSONEL	ÜCRETLİ HASTA BİRİMİ
..../..../20.... DOKTOR İMZA VE KAŞESİ/..../20.... KAŞE VE İMZA
BİRİM SEKRETERİ	VEZNE/..../20.... TARİHİNDE TAHSİL EDİLEN TUTAR TL
..../..../20.... ADI SOYADI VE İMZA	<input type="checkbox"/> VEZNE <input type="checkbox"/> BANKA İMZA

NOT 3 : 2018 Mali Yılı için Vezneden nakit tahsilat miktarı 7.000 TL (YEDİBİNTÜRKLİRASI)'dır. Üstündeki ücretlerin aşağıda belirtilen banka hesabına yatırılacaktır. Bankaya yatırılan ücret dekontu forma eklenecektir. Banka ödeme dekontuna "Hasta Adı ve Soyadı, T.C. Numarası, İşlem Kodu, İşlem Adı" açıklaması yazdırması gerekmektedir.

Hesap Adı: NKÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi Döner Sermaye İşletmesi
Banka Adı: Vakıfbank **Şube Adı:** Namık Kemal Üniversitesi Bağlı Şube **Şube Kodu:** 1208
IBAN No: TR66 0001 5001 5800 7306 7176 57 **Hesap No:** 00158007306717657
Vergi Dairesi Adı: Namık Kemal V.D. **Vergi No:** 6290469331

"NKU Kalite Sistemi'ne ait güncel dokümanlar Kalite Yönetim Sistemi (KYS) üzerindedir. Basılı ortamda bulunan dokümanlar "Kontrolsüz Kopya" niteliğindedir. Basılı ortamda kontrollü kopya talebinizi Kalite Koordinatörlüğü'ne iletmeniz rica olunur."

