

	HASTANEYE KABUL AYDINLATILMIŞ RIZA BELGESİ			
Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa Sayısı
HD.RB.632	20/12/2025	0	.../.../20..	1 / 2

Sayın Hasta/Vekili Yasal Temsilcisi, Sağlık Hizmeti ve kapsamındaki Otelcilik Hizmeti almak için başvuru yaptığınız Odak Hastanesi'nde; sağlık durumunuz/hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size/hastanıza önerilen tıbbi/cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatif faydaları, riskleri, hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek ya da kabul etmek veya uygulanan işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahipsiniz. Okumakta olduğunuz formda size sunulan bilgileri dikkatlice irdelemenizi, sonrasında bilgilendirme konuları ile ilgili detayları anladığınızı, sorduğunuz sorulara yeterli açıklama yapıldığını, yapılacak tüm işlemleri ve açıklanan detayları kendi hür iradeniz ile talep, kabul ve taahhüt ettiğinizi, uygulamalar ile ilgili bilginiz, rızanız bulunduğunu gösteren belge olan bu onam formunu el yazınız ile "okudum, anladım, kabul ediyorum" yazarak imzalamanızı rica ederiz.

- Başvuru sebebim olan yakınmalarımı değerlendirmek, gerekli muayene, inceleme ve tedavi uygulamalarını yapmak üzere Odak Hastanesi'nin hekimlerini, hemşirelerini ve diğer sağlık çalışanları ile birlikte gerektiğinde dışarıdan davet edilecek konsültan hekimleri yetkili kılıyor ve bu uygulamaların yapılmasını onaylıyorum.
- Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında önemli risk içermeyen fizik muayene, ilaç gerektirmeyen radyolojik incelemeler (Röntgen, Bilgisayarlı Tomografi (BT), Manyetik Rezonans (MR), Ultrasonografi (USG), Doppler USG, Mamografi, Kemik Yoğunluğu Ölçümü vb.) Elektrokardiyografi (EKG), Elektromiyografi (EMG), Elektroensefalografi (EEG) Ekokardiyografi vb. tetkik ile kan, idrar ve diğer vücut sıvıları testlerinin "güncel kabul edilmiş ulusal ve/veya uluslararası tıbbi kılavuzlarda önerilen gerekçelerle" uygulanmalarını kabul ediyorum.
- Risk içeren herhangi bir ameliyat veya girişim yapılması, anestezi uygulamaları, kan ve kan bileşenleri nakli gerektiği durumda, yetkili doktor tarafından, bu uygulamaların gerekliliği, olması muhtemel riskleri ve komplikasyonları ile ilgili yazılı ve sözlü bilgilendirme yapılarak; onay isteneceğini, önerilen ameliyat, girişim vb. uygulamaları kabul veya reddetme hakkım olduğunu biliyorum.
- Hastanede tanı ve tedavi amaçlı kaldığım süre içinde, hasta hakları ve sorumlulukları kapsamında belirlenmiş olan ve bilgilendirildiğim tüm hastane kurallarına uymayı kabul ediyorum.
- Hastanemizde oluşturulan tıbbi kayıtlar mevzuat gereği otomatik olarak e-Nabız Sistemine aktarılmaktadır. Şahsınıza ait e-Nabız Sistemindeki bilgilerin gizlenmesi Hastanemizde Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi üzerinden yapılamamaktadır. e-Nabız'daki sağlık bilgilerinizi sadece onay verdiğiniz hekimler ve/veya kişiler görebilir. Yasal düzenlemeler gereği resmi kurumlardan gelen talepler dışında hastalarımıza ait e-Nabızda mevcut tıbbi bilgileri paylaşılmamaktadır.
- Odak Hastanesi'nin, "6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Hakkındaki Kanun" uyarınca kişisel verilerimi işleyeceğini ve mevzuatın öngördüğü süre boyunca saklamakla yükümlü olduğunu biliyor, kişisel verilerimin işlenmesini, saklanmasını, istenmesi halinde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), Sağlık Bakanlığı ve ilgili Kurumlara iletilmesini kabul ediyorum. Sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 67. maddesine göre kimlik doğrulaması yapılabilmesi amacıyla biyometrik verilerimin alınmasına muvafakat ediyorum. Ayrıca ilettiğim kişisel bilgilerimin, özlük haklarımı taciz etmeyecek şekilde gerekli iletişim, tanıtım, reklam vb. amaçlar için kullanılması konusunda tam yetkilidir; bu amaçlar doğrultusunda Odak Hastanesi çalışanlarının benimle irtibata geçmesinde bir sakınca görmüyorum ve kabul ediyorum. Bilgilendirme ve tanıtım amaçlı olarak gönderilecek e-mail, posta ve SMS'lerin iletişim bilgilerine gönderilmesine izin veriyor, dilediğim zaman bu onayımı vazgeçme hakkım olduğunu biliyorum. Veri sorumlusu sıfatıyla Odak Hastanesi tarafından, hazırlanmış olan kişisel verilerin işlenmesine dair aydınlatma ve bilgilendirme metnini okuduğumu ve aydınlatma yükümlülüğünü yerine getirdiğini beyan ve taahhüt ediyorum. (*)
- Hastanede kullanılan demirbaşların tarafımdan özensiz kullanımı sonucu oluşan ya da kasıtlı olarak verilen zararlarını tazmin edeceğimi taahhüt ediyorum.
- Hastanede tanı ve tedavi sürecindeki hizmet bedelleri (ücretleri) ve bu bedellerin SGK tarafından karşılanıp karşılanmadığı; ödenmesi gereken ücret (farkları), hasta katılım payı ve Sağlık Uygulama Tebliği'nin 1.9.1- (4) Sağlık hizmeti sunucularınca, Kurumca finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri için talep edilen ücretler, ilave ücret olarak değerlendirilmez' maddesinde belirtildiği üzere kurumca Finansmanı sağlanmayan durumlar, ilave ücretlerin Özel Sigorta Şirketim tarafından karşılanıp karşılanmadığı, karşılanmadığı takdirde ödemem gereken ücret farkları, sigorta poliçem kapsamında; teminat dışı kalan durumlar hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgi aldım ve tanı ve tedavi sürecinde çıkacak bu fark ücretlerinin öncelikle tamamlayıcı sağlık sigortası poliçem tarafından karşılanmasını talep ediyorum. Tedavi bedellerimin poliçem teminatı ve limitleri dışında kalması ve/veya Sigorta Şirketinin provizyon vermediği hallerde çıkacak tüm ücretleri ödeyeceğimi kabul ve taahhüt ediyorum.
- Bazı özel durumlarda Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) 1.9.5 Maddesi gereği "İstisnai sağlık hizmetlerinde ilave ücret uygulanması (1) Sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen ve Sağlık Uygulama Tebliği eki "İstisnai Sağlık Hizmetleri Listesi" nde (EK-1/C) yer alan istisnai sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden Sağlık Uygulama Tebliği eki listelerde yer alan işlem bedellerinin 3 katını geçmemek üzere ilave ücret alabilir" maddesine göre ilave ücret alınabileceğini biliyorum ve kabul ediyorum.
- Hastalığım ile ilgili tanı ve tedavi masraflarının özel sağlık sigortam/tamamlayıcı sağlık sigortam poliçe teminatı ve limitleri veya genel veya özel şartlar haricinde olduğunun belirlenmesi durumunda, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) olarak tanı ve tedavinin devamını ve bu süreçte Sosyal Güvenlik Kurumu mevzuatından kaynaklanan ilave ücretleri ödemeyi, tarafımdan Sosyal Güvenlik Kurumu primlerinin düzenli ödenmemesi ve benzeri sebeplerle Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan provizyon alınamadığı durumlarda ise ücretli işlem tesis edilmesini ve doğacak tüm ücretleri ödemeyi kabul ve taahhüt ediyorum.

Tedavi sonucu açısından fark bulunmayan, ancak hasta konforunun artırılmasına yönelik özel malzeme ve özel deneyim gerektiren fakat Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödemesi yapılmayan isteğe bağlı tedavi alternatifleri konusunda bilgilendirildim. Standart yöntemleri tercih etmem

Elektronik ortamdan baskı olarak alınan imzasız dokümanlar "Kontrolsüz Kopya"dır.

	HASTANEYE KABUL AYDINLATILMIŞ RIZA BELGESİ			
Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa Sayısı
HD.RB.632	20/12/2025	0	.../.../20..	2 / 2

durumda ücret ödemediğim işlem yapılabilceği tarafıma anlatıldı, ancak isteğe bağı olarak uygulanacak hasta konforunu arttıracak alternatif yöntemleri seçmem durumunda, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmeyen özel malzeme ve özel deneyim gerektiren yöntemlere ait ücretlendirmeleri ödeyeceğimi bu ücreti SGK'ndan talep etmeyeceğimi kabul ve taahhüt ederim.

- Teşhis ve tedavi sürecinde talebim üzerine bana/hastama Odak Hastanesi'nde görevli ancak Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kapsamında çalışmayan hekimler, akademisyen hekimler tarafından tıbbi değerlendirme - konsültasyon ve işlem yapılması, işlemin tamamında ya da bir bölümünde tıbbi danışmanlık ve hizmet sunulması halinde, sunulan hizmetlere ait kapsam dışı hekim ücretlerinin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından karşılanmadığı, "kurumca karşılanmayan sağlık hizmeti bedeli" olarak benden ücret tahsilatı yapılacağı tarafıma anlatıldı. Anılan hizmetin Sosyal Güvenlik Kurumu, Özel Sağlık Hizmet Sunucularından Sağlık Hizmeti Satın Alma Sözleşmesinin 9.1.2 Maddesine uygun olarak sözleşme kapsamında hizmet sunan hekimlerce yapılan sağlık hizmeti, tıbbi işlemler ve bu işlemler için alınan ilave ücret kapsamında olmadığı, bu nedenle Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kapsam dışı hekimlerin verdiği sağlık hizmeti için tahsil edilen ücretin, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) 'na fatura edilemeyeceği dolayısı ile kurumca karşılanmayan bu hizmet bedelini ayrıca ödeyeceğim konusunda bilgilendirildiğimi ve Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan bu ücreti talep etmeyeceğimi kabul ve beyan ederim.
- Tanı ve tedavi ücretlerimi, özel sigorta şirketim provizyon verdiği halde ödemem, ödemeyi kabul ediyorum. Ayrıca hastaneye başvurduğumda provizyon işlemleri başlamadan, tedavime başlanacağı konusunda bilgi aldım bu süre zarfında özel sağlık sigortamın provizyon vermediği tüm ücretleri ödemeyi kabul ve taahhüt ediyorum.
- Talep ettiğim her türlü sağlık hizmeti (muayene, tektik, tahlil, müdahale, ameliyat ve gelişebilecek her türlü komplikasyon için uygulanacak tedaviler) için Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından ödenecek ücret dışında, Odak Hastanesi'nin talep edeceği ilave ücretleri (farkları) Sağlık Uygulama Tebliği 1.7 maddesi uyarınca kabul ettiğimi, ödediğim veya Sigorta Şirketim tarafından ödenen ilave ücretlerin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından tarafıma geri ödenmeyeceğini, bu amaçla Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'na müracaat etmeyeceğimi ve böyle bir hakkım olmadığını kabul ve taahhüt ederim.
- Tarafıma verilen her türlü sağlık hizmetiyle ilgili tüm tıbbi ve mali kayıtların Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve tedavimle doğrudan ilgili kişi ve kurumlar ile paylaşılmasına rıza gösteriyorum.
- Odak Hastanesi'nde tarama amaçlı yapılacak olan tüm işlemleri ve estetik amaçlı yapılacak tüm işlemleri, kendi istek ve rızamla ücretli olarak yaptırmak istiyorum. Yapılacak olan tetkikin giderini Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan talep ve tahsil etmeyeceğimi kabul ve taahhüt ederim
- Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kaybolduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere isimli kişiyi yetkili kılıyorum.
- Hastaneye başvurum sırasında Sigorta Şirketimin bilmesi gereken bir hususu gizlemediğimi yanlış ve eksik beyanda bulunmadığımı beyan ve tasdik ederim. Kendim ve sigortaya dahil aile bireylerimin sağlığı ile ilgili olarak her türlü sağlık kuruluşundan veya şahıstan bilgi araştırmasına ve belge teminine izin veriyorum gerektiğinde daha fazla bilgi sağlamayı taahhüt ediyorum.
- Sağlık Uygulama Tebliği madde 1.9.1-7 Fıkrasında belirtilen hastaya sunulan hizmetleri ve ilave ücret tutarını gösterir Belgeyi işlem tarihinde / Taburcu tarihinde teslim aldım.
- Hastaneden talep ettiğim muayene, laboratuvar, görüntüleme ve diğer tetkik ve tedavi hizmetlerini aldım.

(El yazısı ile okudum, anladım. Kabul ediyorum yazınız.)

Hasta Adı Soyadı (el yazısı ile) İmzası: Tarih: / /

*Yasal Temsilcinin Adı Soyadı (el yazısı ile) İmzası: Tarih: / /

Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1.derece kanuni mirasçılar. Bu onay formunu imzalamak hastanın kanuni haklarını ortadan kaldırmaz. Tıbbi uygulamalarla ilgili tüm şikayetlerinizde veya değinmek istediğiniz her konuda Hasta Hakları Birimine başvurabilirsiniz.

(*) Detaylı bilgi ve 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) Bilgilendirme ve Aydınlatma Metni için www.odakhastanesi.com internet sitemizi ziyaret edebilir ya da kare kodu okutarak metne ulaşabilirsiniz.

