



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ DİŞ ÇENE RADYOLOJİSİ A.D.

ÜCRETLİ RADYOLOJİK TETKİKLER HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Doküman Kodu : HD.RB.01	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon Tarihi:23/08/2022	Revizyon No:2	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/1
-------------------------	-------------------------	----------------------------	---------------	---------------------------

İstenilen Radyolojik Tetkik		
T.C. Kimlik No		
Adı-Soyadı		
Telefon		
Dosya No		
Cinsiyet	E	K

Konvansiyonel ve tomografik tetkik endikasyonları ve raporlama işlemleri konusunda SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) ile var olan ihtilaflar nedeniyle;

- Başka kurumlardan istenen,
- Tedavi işlemleri fakültemizde tamamlanmayan,
- Üzerinden belli süre geçmeden tekrar istenen film, tomografi ve ultrason incelemelerinin,
- Ayrıca cerrahi bölümünde yatarak tedavisi gerçekleştirilen büyük çene kemiği patolojileri dışında hiçbir ileri görüntüleme işleminin (tomografi ve ultrason) SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) tarafından ödenmediği;
- **Bu nedenle tanı ve tedavi planlaması için gerekli görülen işlemler için bizzat ücret ödemem gerektiği ve bu ücreti SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu)'dan talebim halinde sonuç alamayacağım konularında bilgilendirildim ve ücret ödemeyi kabul ediyorum.**
- **Kimlik bilgileri gizli tutularak; hastaya ait tomografi ve ultrason sonuçlarının teşhis, eğitim ve/veya bilimsel amaçlı kullanılmasını kabul ediyorum.**

Lütfen aşağıdaki boşluğa el yazınızla **"BU ONAM FORMUNU OKUDUM, ANLADIM"** yazarak imzalayınız.

.....
Hastanın; Bilgilendirmeyi ve işlemi yapan Aday Diş Hekimi / Diş Hekimi;
Adı Soyadı: Adı Soyadı:
TC Kimlik No: İmzası:
İmzası:

Sorumlu Öğretim Üyesi; Hastanın velisi/ yasal temsilcisi;
Adı Soyadı: Yakınlık Derecesi:
İmzası: Adı Soyadı:
İmzası:

Görüşme tanığının;
Adı Soyadı:
İmzası:

Tarih://..... Saat:.....

* **Yasal Temsilci:** Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır (Yasal temsilcinin yakınlık derecesini belirtiniz).



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ DİŞ ÇENE RADYOLOJİSİ A.D.

ÜCRETLİ RADYOLOJİK TETKİKLER HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Doküman Kodu : HD.RB.01	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon Tarihi:23/08/2022	Revizyon No:2	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/1
-------------------------	----------------------------	-------------------------------	---------------	---------------------------