

T.C.
SULTANGAZİ BELEDİYESİ
HASTA NAKİL HİZMETLERİ BAŞVURU FORMU

<u>Taşınacak Hastanın</u>	<u>Hasta Yakınının</u>
<u>Adı-Soyadı</u> :	<u>Adı-Soyadı</u> :
<u>T.C Numarası</u> :	<u>T.C Numarası</u> :
<u>Cinsiyeti</u> :	<u>Doğum Tarihi</u> :
<u>Doğum Tarihi</u> :	<u>Yakınlık Derecesi</u> :
<u>Hastalık Bilgisi</u> :	<u>İrtibat Telefonu</u> :
<u>Alınacağı Tarih:</u> .../.../2018	<u>Alınacağı Saat:</u> ...:...
<u>Sağlık Kuruluşundan Eve:</u> <input type="checkbox"/>	<u>Evden Sağlık Kuruluşuna:</u> <input type="checkbox"/>
<u>Hastanın Alınacağı Adres :</u>	
<u>Hastanın Bırakılacağı Adres:</u>	

HİZMETİN İÇERİĞİ

- 1- Belediyemiz hasta nakil hizmetlerini, özel ambulans servisinden hizmet alım yoluyla gerçekleştirmektedir.
- 2- Hasta Nakil Araçları acil olmayan Hastaların nakli içindir.
- 3- Sağlık kuruluşları acil bölümleri hasta nakil aracı ile gelen hastaları kabul etmemektedir.
- 4- Yatalak , düşün yada bir hastalık, kaza veya operasyon nedeniyle oturamayacak durumda olan hastaların sağlık kuruluşundan eve, evden sağlık kuruluşuna ulaşmalarının sağlanması içindir.
- 5- Hasta yakınının beyanına ilişkin bilgilerin, gidildiğinde doğru olmadığı tespit edilirse hizmet verilmeyecektir.
- 6- Bilinci kapalı , kanamalı, psikiatrik hastalar, bulaşıcı hastalığı olan hastalar ile acil müdahale gerektiren hastalar kabul edilmemektedir.
- 7- Araçta taşıyıcı personel bulunmamaktadır.

Yukarıda yazılı olan hizmet içeriğini okudum ve anladım. Bakmakla yükümlü olduğum/bakımını üstlendiğim ve iş bu form ile bilgilerini verdiğim yakınının, kendi imkanlarım ile naklini sağlayamadığımdan Sultangazi Belediyesinden hasta nakil hizmeti verilmesini talep ettim. Hastam acil tıbbi müdahale gerektirecek bir hasta değildir, bir acil durum olumsuzluğundan Sultangazi Belediyesini hiçbir surette sorumlu tutmayacağımı kabul ve taahhüt ederim. (.../.../201..)

Hasta Yakını Adı -Soyadı :
İmzası: