**ÖDEMİŞ DEVLET HASTANESİ**

**Engelli Sağlık Kurulu Raporu Ücretlendirmesi**

**Bilgilendirme ve Onam Formu**

• Sayın Hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.

Engelli haklarından faydalanmak üzere talep edilen sağlık kurulu rapor ücreti, raporda **yüzde 20’nin altında engel oranına veya özel gereksinim olmadığına karar verilmesi** herhangi bir engellilik oranı çıkmaması halinde tarafınızca ödenecektir.

Engelli çıkmamam **Engelli sağlık kurulu raporunda yüzde 20’nin altında engel oranına veya özel gereksinim olmadığına karar verilmesi** halinde sağlık kurulu raporundan kaynaklanan giderlerin tarafımca ödeneceğini kabul ediyorum.

**Tarih:** ……………………..

…………………………………………………………….....için sağlık raporu talep ediyorum.

**RAPOR TALEP EDENİN:**

T.C NO:………………………………………………….

Adı-Soyadı: ………………………………………………

ADRES:…………………………………………………..

……………………………………………………………..

TELEFON:………………………………………………..

İmza: ………………………………………………………

**İLGİLİNİN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN:**

* İlgilinin reşit olmaması halinde imzalanacaktır.

T.C NO:…………………………………………..

Adı-Soyadı: ………………………………………………

İmza: ……………………………………………………..

**FORMU İMZALATAN YETKİLİNİN:**

Adı-Soyadı: ……………………………………………….

İmza: ………………………………………………………

Ünvanı: