**Ek-1**

 **EK-1/E**

**SÖZLEŞMESİZ SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINCA ACİL HALLERDE SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİNE İLİŞKİN BİLGİLENDİRME FORMU**

Acil hal nedeniyle başvurduğum ………………………………………………’ da yapılan tedavim için;

* Sosyal Güvenlik Kurumunca, *Acil halin* *ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumları kapsadığı,* bu nedenle sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edildiğine,
* Kurumla sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularının acil servislerine başvurularda sunulan sağlık hizmetlerinin Kurumun inceleme birimlerince acil hal muayenesi olarak değerlendirilmemesi halinde verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri karşılanmadığına,
* Acil hal kapsamında sunulan sağlık hizmetleri için Sağlık Uygulama Tebliğinde sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedeller esas alınarak, yapılacak inceleme sonrasında belirlenecek tutarların ödeneceğine, acil servislerde acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri için kişilerden veya Kurumdan herhangi bir ilave ücret talep edilemeyeceğine dair bilgi edindim.

**Hasta/Hasta Yakını Sağlık Hizmeti Sunucusu Yetkilisi**

 Adı Soyadı Adı Soyadı

 İmza İmza