

PRIVATE ÜMİT HOSPITALS
PATIENT REGISTRATION FORM (Health Tourism)

DOCUMENT NO	RB.FR.104	ISSUED DATE	06.10.2016	REVISION DATE	25.04.2017	REVISION NO	1	PAGE NO	1/2
-------------	-----------	-------------	------------	---------------	------------	-------------	---	---------	-----

REASON FOR REVISION: Adding some information

HASTA KAYIT FORMU (SAĞLIK TURİZMİ)	DATE OF APPLICATION: (Başvuru Tarihi)
PATIENT NAME AND SURNAME : (Hastanın Adı- Soyadı)	PATIENT' FATHER NAME: (Hastanın Babasının Adı)
DATE OF BIRTH : (Doğum Tarihi)	PATIENT' MOTHER NAME: (Hastanın Annesinin Adı)
PASSPORT NUMBER: (Pasaport Numarası)	GENDER: <input type="checkbox"/> Male (Erkek) (Cinsiyet) <input type="checkbox"/> Female (Kadın)
HOME ADDRESS: (Ev Adresi)	
COUNTRY: (Ülke)	CITY: (Şehir)
PHONE NUMBER: (Telefon Numarası)	E-MAIL ADDRESS: (E-mail Adresi)
NAME OF THE HOTEL: (Otelin Adı)	PHONE NUMBER (Hotel): (Otelin Telefonu)
NAME OF THE TRAVEL AGENCY: (Seyahat Acentası İsmi)	
NAME OF THE FLIGHT AGENCY: (Uçuş Acentası İsmi)	
ARRIVAL DATE: (Geliş Tarihi)	FLIGHT NUMBER: (Uçuş Numarası)
DEPARTURE DATE: (Dönüş Tarihi)	FLIGHT NUMBER: (Uçuş Numarası)
Do you have a private health insurance? (Özel sağlıksigortanız var mı?)	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
NAME OF THE HEALTH INSURANCE: (Sağlık Sigortasının Adı)	POLICY NUMBER: (Police Numarası)
NAME OF THE TRAVEL INSURANCE: (Seyahat Sigortasının Adı)	POLICY NUMBER: (Police Numarası)
NAME OF THE HOME DOCTOR: (Aile Doktorunun Adı)	
CONTACT INFORMATION OF PATIENT'S RELATIVES: (Hasta Yakınlarının İletişim Bilgisi)	
REASON OF APPLICATION TO HOSPITAL: (Hastaneye Başvuru Sebebi)	
DEPARTMENT OF APPLICATION: (Başvurduğu Bölüm)	

PREPARED BY HEALTH TOURISM COORDINATOR	CONTROLLED BY QUALITY MANAGEMENT DIRECTOR	APPROVED BY RESPONSIBLE MANAGER
---	--	------------------------------------

PRIVATE ÜMİT HOSPITALS
PATIENT REGISTRATION FORM (Health Tourism)

DOCUMENT NO	RB.FR.104	ISSUED DATE	06.10.2016	REVISION DATE	25.04.2017	REVISION NO	1	PAGE NO	2/2
--------------------	-----------	--------------------	------------	----------------------	------------	--------------------	---	----------------	-----

REASON FOR REVISION: Adding some information

I declare the information above mentioned is correct. When I will come out of hospital, I agree to pay the treatments costs in cash if my insurance does not. Moreover, I have given a photocopy of my passport. And, I have taken my passport back. I agree that information on my health may be presented to persons concerned in accordance with the law.

Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu beyan ederim. Taburcu olduğumda tedavi bedelini sigortam ödemez ise nakit olarak ödeyeceğimi taahhüt ederim. Ayrıca, hastaneye pasaport fotokopisini bıraktım. Pasaportumu teslim aldım. Sağlık bilgilerimi yasalar çerçevesinde ilgili kişilere verilmesini kabul ediyorum.

Patient or Representative of Patient/ Hasta veya Hasta Vekili

...../...../.....

PREPARED BY HEALTH TOURISM COORDINATOR	CONTROLLED BY QUALITY MANAGEMENT DIRECTOR	APPROVED BY RESPONSIBLE MANAGER
--	---	---



**PRIVATE ÜMIT HOSPITALS
PATIENT REGISTRATION FORM (Health Tourism)**

