

HASTA ONAM FORMU

Protokol No (T.C. Kimlik No) :

Cinsiyeti:

Adı ve Soyadı :

Doğum Tarihi:/...../.....

Doktorum tarafından tedavi kod nolu ön tanı ile ilgili olarak tıbbi durumum ve uygulanacak işlemler uygulanacak yöntemin riskleri; BANA ÖZGÜ OLABİLECEK RİSKLERİ VE OLASI SONUÇLARI, konu ile ilgili diğer tedavi seçenekleri ve ilişkili riskleri, oluşabilecek komplikasyonları, anestezi riskleri ve anestezi risklerini artıran faktörler, tedavi maliyeti açıklandı, anladım kabul ettim.

Ekte sunulan bilgilendirme formu tarafıma verildi.

Formu okudum. Durumum, riskler, uygulanacak tedavi işlemleri ve tedavi seçenekleri hakkında endişelerim için doktora sorular sorabildim, Gerekli bilgiler verildi, tatmin oldum.

Sorularım;.....

Sorularım ve kaygılarım tartışıldı, cevaplandı, memnun ve ikna oldum. Uygulanan işlemler sırasında gelişebilecek acil hayatı tehdit eden durumlar ve nasıl müdahale edilebileceğini anladım. Uygulanacak tedavinin durumunu iyileştireceğinin garantisini olmadığını ve daha da kötü olma ihtimalim olduğunu anladım.

Tedaviyi kabul ettikten sonra bana ait tetkik, tanı ve tedavi sonuçlarının, radyografi, fotoğraf, video ve diğer dokümanların eğitim ve bilimsel amaçlı çalışmalarda kullanılmasını, kimlik bilgilerimin gizli kalması koşuluyla kabul edip izin verdim.

Yukardaki bilgileri okuduğumu, tüm sorularıma açık net cevaplar aldığımı, anladığımı bildiri, ekip doktorlarına tam izin ve yetki verdiğimi beyan ederim.

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

Kabul Etti

Etmedi

Hastanın Adı ve Soyadı:

Hastane kabul formundaki

Yasal Temsilcinin Adı ve Soyadı:

Yetki Verilen Kişinin Adı ve Soyadı:

Hastanın dil/iletişim problemi varsa:

Tercüme Yapan Kişi Adı ve Soyadı:

Tedavi Eden Hekimin Adı ve Soyadı:

Tanıklık Eden Kişinin Adı ve Soyadı:

(*): Hastane kabul formu bu evrakla ilişiktir. Özellikle 18 yaş altı çocuklar ve vésayet altındakiler için dikkat edilmelidir.