

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SHB.FR.19	01.01.2017	----	0	1 / 1

..... / / 20 tarihinde başvuru yaptığım ve servisinde DR tarafından yapılan kontroller ve tetkikler neticesinde hastalığımın olduğu kendime hekimim tarafından bildirilmiştir. Hekimim tedavi olmadığım sürece bana hastalığımın tüm riskleri ile ilgili detaylı olarak bilgi vermiştir.

Bilincim açık olarak, doktorumdan tıbbi durumumun ne olduğunu öğrendim ve hastalığımla ilgili olarak hangi muayene, tetkik ve girişimlerin uygulanması gerektiği konusunda bilgi aldım.

Oluşabilecek **yan etkiler** ve **riskleri** ayrıntılı olarak anlatıldı. Bu tetkik, tedavi ve girişimleri kabul etmediğim zaman hangi tehlikelerin **sağlığımı tehdit edebileceğini öğrendim**. Bütün bu bilgilendirmeye rağmen **hiçbir baskı altında kalmadan ve kendi iradem ile** şahsıma herhangi bir muayene, tetkik, tedavi ve girişim yapılmasını kendi rızam ile **reddediyorum** ve doğacak sorumlulukları üstleniyorum. (hastanın bilinci kapalı ise 1 derece yakını veya vekili onaylamalı)

HASTANIN

Adı ve Soyadı:

Tıbbi Tanı:

Yapılması Planlanan Girişim ve Tedavi :

İmza: Tarih:...../...../20.....

YASAL TEMSİLCİNİN

Adı ve Soyadı:

Yasal Temsilcinin Yakınlık Derecesi:.....

Telefon:.....

İmza: Tarih:/...../20.....

TANIK :.....

Tarih:/...../20.....

Adı ve Soyadı :

İmza :

SORUMLU DOKTOR.....

Tarih :/...../20.....

Adı ve Soyadı:

İmza :