MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

TETKİK/TEDAVİ/MUAYENE RED FORMU

Hasta Adı Soyadı:	**Protokol No:**
Yattığı Klinik:	**Tanı:**
Hastaya Önerilen Tetkik ve Tedavi:	**Tarih ve Saat:**

Hekim tarafından önerilen tetkik ve tedaviyi reddetmemden doğabilecek; .....
.....
.....
.....
..... sonuçlar hakkında bilgilendirildim.

Özgür iradem ile önerilen tetkik ve tedaviyi olası tüm sonuçları tarafıma ait olmak üzere reddediyorum.

Hastanın Adı Soyadı :
İmzası[1]

Tanığın Adı Soyadı :
İmzası[2]

Hekimin Adı Soyadı :
İmzası

[1] Yetişkin hasta yakını ya da zorunlu hallerde yetkili temsilcisi tarafından imzalanır.

[2]Hastanın ya da yetkili temsilcisinin imzadan imtina etmesi halinde durum yetkili hekim ve bir tanık tarafından düzenlenen tutanakla kayıt altına alınır.