PSİKİYATRİ SERVİSİ TABURCULUK RIZA BELGESİ

HASTA YAKINI

Hastamın doktoru tarafından tedavi ve süreci hakkında bilgilendirildim.yatışın devamı ve tedavinin sürekliliği önerildi.doktorun uygulamak istediği tüm tedaviyi ve tüm önerilerini hastamın ve kendi isteğimle redediyorum.ölüm ve intihar dahil tüm hayati ve yasal sorumlulukları üzerime aldığımı kabul ederek kendi isteğimle hastamı taburcu ediyorum.

Okudum, Anladım.

Tarih:

Ad soyad:

İmza:

HASTA

Doktorum tarafından tedavi ve süreci hakkında bilgilendirildim.Yatışımın devamı ve tedavimin sürekliliği önerildi.Doktorumun uygulamak istediği tüm tedaviyi ve tüm önerilerini kendi isteğimle redediyorum.Ölüm ve intihar dahil tüm hayati ve yasal sorumlulukları üzerime aldığımı kabul ederek kendi isteğimle taburcu oluyorum.

Okudum, Anladım.

Tarih:

Ad soyad:

İmza:

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi tedavi konusunda ve bu tedavinin gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi aldım.
- İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri bana ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada vazgeçebileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla "okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız.

Hastanın veya Yakınının

Adı- Soyadı :

Tarih-Saat :___/___/_____ ____/____

İmza :

Ben "Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

İŞLEMİ YAPAN (Hekim)

Adı – Soyadı :

Kaşe / İmza :

Tarih / Saat :____/____/_____ ___/___