MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

YATAN HASTA RIZA BELGESİ

Dr. …… ile kendisine yardımcı olacak tıbbi asistanlar, hemşire ve diğer yardımcılarının hastalığımla ilgili olarak muayene yapabilmelerine özgürce izin veriyorum.

Yapılacak muayene yöntemi bana tamamen açıklanmış olup, bu muayenenin; hastalığımla ilgili olabilecek bilgilerin sorulması, klinik muayene, vücudumdaki yara ve hastalık bulgularının tespit edilmesi, bunların tanı ve takibine yarayacak tetkikler ile laboratuvar analizleri için kan ve diğer örneklerin alınması ve testlerinin yapılmasını içerdiğini anlamış bulunuyorum.

Muayene, inceleme ve tedavi amacıyla yapılan işlemlere, Tıp Fakültesi öğrencilerinin, genel kanun ve kurallar çerçevesinde, eğitim amacıyla katılabilmelerine izin veriyorum.

Yapılan muayene ve tetkikler sonrasında hastalığımın tedavisine yönelik olarak yapılacak tıbbi tedavi ve cerrahi girişimler ile ilgili olarak bana gerekli bilgi ve seçenekler ile bunların sonucunda ortaya çıkacak olan riskli durumlar tamamen açıklanmış olup bunları anlamış bulunuyorum. Bu bilgiler ışığında yapılacak tıbbi tedavi / cerrahi girişimleri kabul ediyorum.

Hastanede veya bağlı birimlerinde bulunan tıbbi kayıtları ve hastalığıma ait bilgileri, laboratuvara örneklerini ve inceleme sonuçlarını, gerektiğinde herhangi bir fotoğrafımı da kapsamak üzere genel sağlık kanunları ve kuralları ile etik kurallar çerçevesinde bilimsel araştırma ve yayınlarda kullanılmaları için gerekli yetkiyi veriyorum.

Yattığım bölümde bulaşıcı hastalıklar izlenmekte olduğundan gereklilik halinde oda veya servis değişikliği yapılmasını kabul ediyorum.

Bulaşıcı hastalıkların izlendiği bölümümüzde oda temizliğinin uygun bir şekilde yapılabilmesi için getirmiş olduğum eşyaları odamda ki dolabımda muhafaza edeceğimi ve yerlere koymayacağımı kabul ediyorum.

Yukarıda yazılanlarla ilgili olarak çıkacak zarar-ziyanlarda her ne şekilde olursa olsun hastane ve ilgililerinin herhangi bir sorumluluklarının olmayacağını ve hiçbir talepte bulunmayacağımı beyan ve kabul ederim.

- 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.
- Kimlik bilgilerim ifşa edilmemek kaydıyla, hastalığımla ilgili tüm tıbbi veriler ile her türlü tetkik materyallerinin ve tetkik sonuçlarının eğitim ve bilimsel çalışma amaçlı olarak kullanılabileceği bana anlatıldı. Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- 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 :
Yakınlık Derecesi:

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 :____/____/_____ ___/___