

Hastanın Adı, Soyadı:

Doğum tarihi:

Hasta No:

Hasta/hasta yakını doktorumuz tarafından, resmi olarak CORONA HASTANESİ' ne yatış yaptığımız bildirildi.

Hasta Corona taşıyıcısı ise ve şu anda herhangi bir bulgu vermese bile, ameliyat sonrası Corana Hastalığının aktif hale gelebileceği ve ağır /yoğun seyredebileceği, tarafımıza Doktorumuz tarafından açıkça söylendi.

Bu durumu tespit etme şansının şu koşullarda mümkün olmadığı, test yapılsa bile PENCERE DÖNEMİNDE 'nde ise Corona hastalığının saptanamayacağı tarafıma Doktorumuz tarafından net bir şekilde anlatıldı. Ayrıca hastanın bu süreçte Corona virüs kapma ihtimalinin olacağı tarafımıza Doktorumuz tarafından söylendi.

Tüm bu risklere rağmen ameliyat olmayı kabul ediyorum.

Lütfen kutu içine kendi el yazınızla *"Süreçle ilgili bana anlatılanları okudum, anladım, onay veriyorum."* yazınız.

Sonuç :

☐ Tıbbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Onay belgesinde ve hekimimle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu hiçbir şiddet, tehdit, telkin, maddi ya da manevi baskı altında olmaksızın girişimi/tedaviyi kabul ettiğimizi ve girişim/tedavi ile ilgili doğacak sonuçları gerek birbirimiz gerekse hekim ve hastane aleyhine kullanmayacağımızı; sonucuna katlanacağımızı ve ameliyat/tedavi işlemine onay verdiğimizi beyan ederiz..

☐ Yapılacak olan girişimleri reddediyorum. Bu reddetmenin getireceği olası tıbbi sonuçlar hakkında bilgilendirildim. Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım: Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar, umulan sonuçlar, tedavinin olmadığı durum dahil tedavi seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

Ad soyad, Yakınlık derecesi, imza

Tarih____/____/____ Saat____/____

Şahit Ad soyad, Yakınlık derecesi, imza

Tarih____/____/____ Saat____/____

Onayı Alan Hekim (Kaşe, imza)

Tarih____/____/____ Saat____/____