

PS.RB.07

09.01.2020

Rev00

Rev. Tarihi

1

Hastalık takip süresi, kontrol tarihi, ilaçlar ve takiplerimin kim tarafından, nerede yapılacağı hakkında bilgilendirildim.

Hastalık rehabilitasyonu ile ilgili ve de sosyal uyumu arttıran, farklı ilgi alanları ve becerileri geliştirmeye olanak sağlayan, kişiler arası iletişimi ve ilişkileri artırıcı yönü olan, ruhsal sağlık yanında bedensel sağlığa da katkı sağlayan spor kompleksleri, halk eğitim merkezleri, toplum ruh sağlığı merkezleri vb kurumlara hangi şekilde ulaşabileceğim ve hastaya katkısı konusunda bilgilendirildim.

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 girişim/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.

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

Saat:

Ad soyad, Yakınlık derecesi, İmza

Şahit Ad soyad, Yakınlık derecesi, İmza

Onayı Alan Hekim (Kaşe, imza)