

İLAÇ TEDAVİLERİ ÖNCESİNDE ALINMASI ÖNERİLEN AYDINLATILMIŞ ONAM (RIZA) BELGESİ

Hastalığım ve uygulanacak tedavi yöntemleri ile ilgili olarak doktorum tarafından bilgilendirildim. Anlamakta güçlük çektiğim konularda doktoruma sorular sordum, sorularıma yeterli ve anlayabileceğim tarzda cevaplar aldım. Tedavi sırasında ortaya çıkabilecek yan etkiler ve istenmeyen durumlar konusunda bilgilendirildim. Bu tedaviyi reddettiğimde sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin oluşabileceği, bu tedavinin yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Tedavinin uygulama aşamalarında bana düşen sorumlulukları öğrendim ve kabul ettim.

.....
isimli ilaçlar ile tedavimin uygulanmasını hiçbir baskı altında kalmadan kendi rızamla kabul ediyorum.
(Lütfen altı çizili bölümü VE adınız ve soyadınızı el yazınız ile yazarak imzalayınız).
.....

HASTANIN ADI VE SOYADI :

HASTANIN İMZASI : Tarih: _____. 200__

HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN

(Okur-yazar olmayan ya da görme özürlü hasta için bilgilendirmenin sözlü olarak gerçekleştirildiğine şahitlik eden kişinin)

Adı ve soyadı : Doğum tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 19__

Adresi ve tlf :

İmzası : İmza tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 200__

BİLGİLENDİRİLMİYİ YAPAN HEKİMİN

Adı ve soyadı :

İmzası : İmza tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 200__

HEKİMİN ŞAHİDİ (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)

Adı ve soyadı :

İmzası : İmza tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 200__

BU BÖLÜM KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN DOLDURULACAKTIR

(Hastanın Veli veya Yasal Vasisi; 14 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır)

[] Kanuni veli/vasi [] Anne [] Baba

Adı ve soyadı : Doğum tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 19__

Adresi ve tlf :

İmzası : İmza tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 200__

[] Kanuni veli/vasi [] Anne [] Baba

Adı ve soyadı : Doğum tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 19__

Adresi ve tlf :

İmzası : İmza tarihi : (gün.ay.yıl) _____. 200__