



## HASTANEDE YATARAK TANI-TEDAVİ ÖNCESİNDE ALINMASI ÖNERİLEN AYDINLATILMIŞ ONAM (RIZA) BELGESİ

Başvurmuş olduğum ..... Hastanesi, ..... Bilim Dalında /Kliniğinde, hastalığının tanısı için bazı temel tetkiklere ihtiyaç olduğu konusunda bilgilendirildim. Tetkikler sırasında ortaya çıkabilecek istenmeyen durumlar, bu tetkikleri reddettiğimde sağlığımı tehdit edebilecek riskler, bu tetkiklerin yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konularında bilgilendirildim. Tetkiklerin hazırlık ve uygulama aşamalarında bana düşen sorumlulukları öğrendim ve kabul ettim. Tetkikler hakkında doktora sorduklarıma anlayabileceğim tarzda ve yeterli cevaplar aldım.

1. Temel yöntemler olan kan ve idrar tetkiklerimin yapılmasını, röntgenlerimin ve kalp elektromun (EKG) çekilmesini hiçbir baskı altında kalmadan kendi rızamla kabul ediyorum.

(*Lütfen altı çizili bölümü el yazınız ile yazınız*).

2. Kimlik bilgilerim gizli tutulmak kaydı ile tüm dosya bilgilerimin tıbbi eğitim ve araştırma amaçlı kullanılmasına

İzin veriyorum  İzin vermiyorum

(*Lütfen 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\_\_