

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 hastalığımin 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-zıyanlarda her ne şekilde olursa olsun hastane ve ilgililerinin herhangi bir sorumluluklarının olmayacağını ve hiçbir talepte bulunmayacağımı beyan ve kabul ederim.

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 verdiğimizizi 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, İmza
Tarih____/____/____ Saat____/____

Şahit Ad soyad, Yakınlık derecesi, İmza
Tarih____/____/____ Saat____/____

Onayı Alan Hekim (Kaşe, imza)
Tarih____/____/____ Saat____/____