



Hastanın Adı, Soyadı:

Randevu Tarih ve Saati:

Doğum Tarihi:

Dosya no:

Cinsiyeti:

**Sayın hasta /hasta yakını;**

**Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen cerrahi girişimin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmasa karşılaşılabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir.**

Hastalığımla ilgili uygulanacak tedavi yöntemi hakkında verilen aydınlatıcı bilgiler, olası riskler ve imzalamış olduğum aydınlatılmış rıza formu dışında, tedavimi yürütecek olan .....'den hastalığımla ilgili tedavi alternatifleri, uygulanacak cerrahi tedavinin şekli, cerrahi tedavi uygulandığında veya uygulanmadığında ortaya çıkacak her türlü olumlu-olumsuz durumları ve riskleri içeren bilgileri aldık. Sormuş olduğumuz sorulara tatminkar cevap aldık. Tedavi için başka hekimlere veya başka merkezlere de müracaat edebileceğimiz ifade edildi. Hastalığımla tedavisi için tek bir operasyonun yeterli olmayabileceği, birkaç operasyona ihtiyaç duyulabileceği belirtildi. Tedavi teklifini düşünmem ve karar verebilmem için yeterince zaman tanındı. Hastalığımla ilgili her türlü tıbbi girişimlerin Dr. .... başkanlığında, hemşirelerden oluşan ekip tarafından yürütüleceğini biliyorum ve kabul ediyorum. Hastalığımla ve tedavi sürecimle ilgili verilen tüm bilgilerin tarafımdan anlaşılması beyan ediyorum.

Bu belgede tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanmasını:

 KABUL

EDİYORUM.

 KABUL ETMİYORUM.

HASTANIN ADI-SOYADI :

HASTA YAKINININ ADI-SOYADI :

İMZASI:

İMZASI:

**DOKTORUN ADI-SOYADI-ÜNVANI: .....İMZASI.....****RIZANIN ALINDIĞI TARİH/SAAT/: .....**

**Not: Lütfen el yazınızla "1 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız. (Bu onam formu iki nüsha olarak doldurulup bir nüshası hastaya verilecek bir nüshası da hasta dosyasına konulacaktır)**