(Logonuz Burada)	**Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)** HEPATİT B AŞISI UYGULAMASINI REDDETME BEYAN FORMU	

Doküman Kodu: DH.YD.017	Yayın Tarihi: 24.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

HASTA / ÇOCUK BİLGİLERİ

Adı Soyadı: .....

T.C. Kimlik No: .....

Doğum Tarihi: ..... / ..... / .....

BEYAN

Hepatit B aşısı hakkında sağlık personelinden bilgi alma ve soru sorma fırsatım oldu. Aşının amacı, beklenen yararları, olası yan etkileri ve aşı yaptırılmaması durumunda Hepatit B enfeksiyonu ve buna bağlı sağlık sorunları açısından oluşabilecek riskler hakkında bilgilendirildiğimi beyan ederim. Kendi isteğimle / velisi veya yasal temsilcisi olduğum çocuk için (uygun olanı belirtiniz) Hepatit B aşısının bugün uygulanmasını kabul etmiyorum. Kararımın sağlık personeliyle görüşülmesini ve gerekli bilgilendirmenin kayda geçirilmesini talep ediyorum.

Bu beyan, yalnızca yukarıda belirtilen Hepatit B aşısına ilişkindir. Diğer aşılar ve sağlık hizmetleri hakkında ayrıca karar verilecektir.

‘Bebeğime Hepatit B Aşısı yaptırmak istemiyorum.’ Beyanını Anne ve Baba ayrı ayrı olacak şekilde el yazısı ile yazmalıdır.

.....

Anne/Vasi Adı Soyadı: .....

İmza: .....

.....

Baba/Vasi Adı Soyadı: .....

İmza: .....

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

Bilgilendirmeyi yapan sağlık personeli

Adı Soyadı / Ünvanı: .....

İmza: .....