(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
BİLGİLENDİRLMİŞ TRANFÜZYON RED FORMU

Doküman Kodu: TH.FR.038	Yayın Tarihi: 24.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Bu formda tanımlanan tedavinin uygulanmasını **KABUL ETMİYORUM.**
Bana / hastama herhangi bir nedenle kan ve kan bileşenleri nakli yapılmasını kabul etmiyorum.Doktorum / hastamın doktoru kana ihtiyaç olup da nakil yapılmadığında ortaya çıkabilecek durumları açıklandı.Bu reddim ile ilişkin tüm riskleri kabul ediyorum.Ölüm dahil ortaya çıkabilecek tüm sorumluluktan Demo Sağlık Tesisi muaftır.Bu formda tanımlanan ;kan ve kan bileşenlerinin naklini **KABUL ETMİYORUM.**
Bu formda tanımlanan;kan ve kan bileşenleri için verdiğim onamı,sağlığım açısından oluşabilecek tüm olumsuz etkiler ve risklerin farkında ve bilincinde olarak kendi rızamla **GERİ ÇEKİYORUM.**
HASTANIN / SAHİBİNİN ADI SOYADI:..... Tarih :
.....

BİLGİLENDİRME İŞLEMİNİN GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİNE ŞAHİTLİK EDENİN:

Adı –Soyadı:..... İmzası:

Yakınlık Derecesi:..... Telefonu:..... Hastanın imza atmama nedeni:

Adresi:.....
..... Tarih:.....

KANUNİ YETERLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN

Hastanın velisi / yasal vasisi tarafından doldurulacaktır.

Adı –Soyadı:..... İmzası:

Yakınlık Derecesi:..... Telefonu:..... Hastanın imza atmama nedeni:

Adresi:.....
..... Tarih:.....

Hastanın yeterince bilgilendiği ve nakil işlemini KABUL ETTİĞİMDEN EMİNİM.
Kan ve kan bileşenleri nakli yapılmama riskleri konusunda yeterince bilgi verilmesine rağmen nakil yapılmasını **KABUL ETMEMEKTEDİR.**
Kan ve kan bileşenleri nakli yapılmama riskleri konusunda yeterince bilgi verilmesine rağmen nakil yapılmasıyla ilgili izni **GERİ ÇEKMEKTEDİR**.
BİLGİLENDİRMEYİ YAPAN HEKİMİN
Adı –Soyadı:..... İmzası:
Kurum Sicil No:.....
Tarih:.....

ŞAHİT (KURUMDA GÖREVLİ HEKİM YADA HEMŞİRE OLMASI ŞARTTIR.)
Adı–Soyadı:..... İmzası:
KurumSicilNo:.....
Tarih:.....

*Bu onay formu toplam 2 sayfadan oluşmaktadır.İş bu belge,1219 sayılı Kanunun 70.ve 5237 sayılı Kanunu 26. maddeleri uyarınca 3 nüsha olarak düzenlenmiş ve bir nüshası hastaya / hastanın kanuni temsilcisine verilmiştir.