HD.RB.203 31.05.2023 1/1

AÇIKLAMA:

Bu rıza belgesi yazılı ve sözlü bilgilendirmeden sonra hasta tarafından doldurulacaktır.

Bu form, hastanemizde yapılacak işlemlerle ilgili olarak yeterince bilgi verilip, verilmediğini, verilen bilgileri bilgilendirildikten sonra işlemlerin yapılmasına izin verip vermediğinizi değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen anlamadığınız şeyleri doktorunuza tekrar sorunuz.

Aşağıda isim ve imzası olan ben .....başvurum ve yapılacak muayene, HİMENOPLASTİ(KIZLIK ZARI TAMİRİ) ile ilgili olarak .....'dan yazılı ve sözlü bilgi aldım.

• İşlem esnasında bazen tahriş veya kanama olabileceği, olursa, kolaylıkla gereken tedbirlerin alınabileceği, • İncelemenin sonunda varılan kararın ve son karar olmadığı hususu bana anlatıldı.

Bunlarla ilgili olarak,

• Bu yöntemlerden yararlanma şansım,

• Bu yöntemlerin bilinen riskleri açıklandı.

• Bana anlatılanları anladım ve soru sormama olanak tanındı.

Gerekli muayene ve tetkiklerin yapılmasını, tüm risk ve komplikasyonların gerçekleşmesi halinde ise tetkiki ve muayeneyi yapan doktorlardan şikayetci olmayacağımı hiç kimsenin baskısı ve etkisi olamadan kendi rızamla

Tarih: **Saat:**

Hekim adı ve soyadı kaşe ve imza:

Hastaya yapılacak smear testi, kolposkopi, biyopsi işlemleri ile ilgili olarak uygulama biçimi başarı şansı, süresi,

KABUL EDİYORUM : **Hasta ya da Hukuksal Olarak Sorumlu Kişi:** **Adı Soyadı:** **Tarih:** **İmza:** **Tanık:** **Adı Soyadı:** **Hastaya Yakınlığı:** **İmza:**
KABUL ETMİYORUM : **Hasta ya da Hukuksal Olarak Sorumlu Kişi:** **Adı Soyadı:** **Tarih:** **İmza:** **Tanık:** **Adı Soyadı:** **Hastaya Yakınlığı:** **İmza:**

Taşıdığı riskler, önerilen tetkikleri kabul etmemesi durumunda yaratabileceği sonuçlar olası tedavi seçenekleri ve riskleri konusunda bilgilendirdim ve anlamasını sağladım.