



Doküman Kodu: Dİ.FR.039

Yayın Tarihi: -

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 2

Hasta Adı, Soyadı		Doğum Tarihi:			
		Doğum Yeri:			
		Sosyal Güvencesi:			
Kan Grubu	HbsAg			Anti HCV	
	Negatif ☐	Pozitif ☐		Negatif ☐	Pozitif ☐
Telefon:					
Adres:					
Diyaliz Günleri					
Pazartesi ☐	Salı ☐	Çarşamba ☐	Perşembe ☐	Cuma ☐	Cumartesi ☐
Diyaliz Tipi	☐ Hemodiyaliz				
	☐ Periton Diyalizi				
Bilinen Hastalıklar	1.		4.		
	2.		5.		
	3.		6.		
Diyalize Başladığı Merkez				Başladığı Tarih:	
Geldiği Merkez				Başladığı Tarih:	
Gittiği Merkez				Ayrıldığı Tarih:	



Doküman Kodu: Dİ.FR.039

Yayın Tarihi: -

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 2 / 2

Ekte açık nüfus bilgileri açık olan.....muzdarip olduğum(olduğu)
.....hastalığının tedavisi için hekim/uzman hekim ve bunlara
bağlı tıbbi personelden riskleri, yararları ve karşılaşılabilecek zorlukları açıklanmış bilinen tedavi yöntemini
taleb ediyorum ve reçetelenen tıbbi tedavi ile ilgili her türlü kimyevi , mekanik, elektronik ve fiziki yardımcı
cihaz/müstahzar kullanılmasına, gerektiğinde planlı ve acil müdahalelere, bu personelin her türlü tıbbi ve
idari yazılı /sözlü tüm talimatlarına uyacağıma kendi isteğimle bunlardan sapma, tedaviyi reçetelenen
dışında sonlandırma ve değişikliğe uğratma durumlarında her türlü tıbbi, idari, mali ve cezai sorumluluğu
üstleneceğime aklı başında olduğum halde muvafakat eder tüm klinik çalışanlarına asgari saygı kuralları
çerçevesinde davranacağımı tedavi mekanlarının ve bağlı mahallerinin çalışma düzenini bozmayacağımı,
her ne şekilde olursa olsun herhangi bir personel ile maddi menfaat ilişkisi içerisine girmeyeceğimi ve
teklif etmeyeceğimi, yukarıdaki koşullara uymamam halinde merkez ve hastane yöneticilerinin
değerlendirme kararına şartsız olarak uyacağımı , tedavi bilgilerime ait parametre ve tedavi sonuçlarının
ulusal ve uluslararası bilimsel araştırmalarda kimliğim belirtmeksizin kullanabileceğimi kabul ve taahhüt
ederim.

İmzalayan Tarih:

Hastanın Kendisi Adı Soyadı:

Hasta Yakını İmzası: